

BULLETIN D'INSCRIPTION

5^{ème} Colloque Alpin de Soins Palliatifs

Bulletin d'inscription à retourner à : **COMM Santé**
76, rue Marcel Sembat - 33323 Bègles Cedex
Tél. 05 57 97 19 19 - Fax : 05 57 97 19 15 - anne-sophie.perney@comm-sante.com

IDENTITE

Dr Pr M. Mme Melle

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : Aide Soignant(e) Assistant(e) social(e) Cadre de santé
 Etudiant(e) IDE/IADE Médecin Psychologue
 Autre : préciser

Structure : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Fax : _____

E-mail **obligatoire** : _____

(la confirmation de votre inscription vous sera adressée par e-mail)

A REMPLIR DANS LE CADRE D'UNE PRISE EN CHARGE

Etablissement : _____

Adresse de facturation : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Fax : _____

E-mail **obligatoire** : _____

(la confirmation de votre inscription vous sera adressée par e-mail)

► DONNEES GENERALES

Organisme de formation :

N° formation: 723 304 095 33

Demande de convention : oui non

(si sélection du tarif Formation continue)

Transport :

Souhaite recevoir un coupon de réduction SNCF : oui non

BULLETIN D'INSCRIPTION

► SOIREE GRAND PUBLIC (Règlement sur place uniquement : 10 €)

Assistera à la soirée grand public jeudi 8 avril 2010 oui non

► SYMPOSIUM PROSTRAKAN : "LES ACCES DOULOUREUX PAROXYSTIQUES"

Assistera au symposium le vendredi 9 avril 2010 de 12h30 à 14h : oui non

► PRE-INSCRIPTION SESSION ATELIER (1 ATELIER PAR SESSION)

Veuillez numéroter vos choix par ordre de priorité

Les inscriptions aux ateliers seront traitées par ordre d'arrivée

Vendredi 9 avril de 14h15 à 16h15

- A 1** : Accompagnement **A 2** : La souffrance existentielle
 A 3 : Aux limites de l'approche allopathique **A 4** : Autour de la vérité

► DEJEUNER - Pré-inscription obligatoire - Places limitées

Ce déjeuner est sous forme d'un plateau pique-nique. Une salle à proximité du lieu du congrès est mise à votre disposition pour vous restaurer.

Tarif : 7 €

► DROITS D'INSCRIPTION (cochez votre choix)

(forfait comprenant : conférences, actes et pauses)

Tarif Médecin : 95 €

Tarif Paramédicaux, Bénévoles : 70 €

Tarif Formation continue : 140 €

Tarif Etudiant* : 30 €

*Sur présentations de justificatifs

Total (droits inscription + déjeuner) = ----- €

► MODE DE RÈGLEMENT

- Par chèque bancaire à l'ordre de COMM Santé
 Par virement bancaire: BPSO BX JEAN JAURES

Code banque: 10907 - Code guichet: 00001

Compte N°: 15821119597 - Clé RIB: 16

- Par carte bancaire (VISA ou MASTERCARD) :

Carte n° _____ / Expire le ____/____

Pictogramme (3 derniers chiffres au dos de la carte) : ___

Autorise le débit de ma carte de :

Date, signature et cachet :

► CONDITIONS D'ANNULATION

Aucun remboursement ne sera effectué après le 15 mars 2010. Tout événement extérieur entravant le bon déroulement de cette manifestation ne donnera lieu à aucun remboursement. L'annulation doit être adressée par courrier. Les remboursements seront tous effectués après la date de la manifestation. Les factures vous seront envoyées sous quinze jours après le colloque.