

# BULLETIN D'INSCRIPTION

<b>Droits d'inscription :</b> Individuelle	<b>90 €</b> <input type="checkbox"/>
Collectivités, FMC, sur place ou autre	<b>180 €</b> <input type="checkbox"/>
Collation à l'heure du déjeuner	<b>10 €</b> <input type="checkbox"/>
<b>Total : .....</b>	

**Les droits d'inscription incluent :** l'accès aux communications, à l'exposition, aux pauses.

**Formalités :** Une inscription n'est retenue que si elle est accompagnée d'un règlement ou d'une prise en charge par la Formation Médicale Continue ou autres collectivités (frais de virement à la charge du participant). Une inscription prise est considérée comme définitive et non remboursable à partir du 1er novembre 2017. Avant cette date, des frais de dossier de 50 € seront déduits de tout remboursement.

Numéro d'organisme de formation : **8238 0494 938**

Madame  Mademoiselle  Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Médecin  Pharmacien  Infirmier  Diététicien  Psychologue  APA

Kinésithérapeute  Institutionnel  Autre (préciser) :

Spécialité : .....

.....  
A d r e s s e p r o f e s s i o n n e l l e :

Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

E-mail \* (obligatoire) : .....

Je souhaite recevoir la lettre d'information de SEFor :  oui  non

Je souhaite assister à l'atelier déjeuner-débat :

Je souhaite assister à un atelier interactif (préciser par ordre de préférence) :

## Bulletin à adresser à

JPCoM - 75 avenue Georges Clémenceau - 14000 Caen

Accompagné du règlement par chèque à l'ordre de SEFor Congrès

Tel : 02 31 27 19 18 - Fax : 02 31 27 19 17 - [jpcom@jpcom.fr](mailto:jpcom@jpcom.fr)