

BULLETIN D'INSCRIPTION

A remplir et à adresser accompagné du règlement à :
COMM Santé - ATDE 2010 - 76, rue Marcel Sembat - 33323 Bègles Cedex
Tél. 05 57 97 19 19 - Fax : 05 57 97 19 15
info@comm-sante.com

► IDENTITÉ

M. Mme Melle

Nom

Prénom

Profession (Cocher la case correspondante)

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant(e) | <input type="checkbox"/> Auxiliaire de puériculture | <input type="checkbox"/> Cadre de santé | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) | <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) ressource douleur | <input type="checkbox"/> Infirmier(ère) anesthésiste |
| <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Psychomotricien(ne) | <input type="checkbox"/> Puériculteur(rice) |
| <input type="checkbox"/> Sage-femme | <input type="checkbox"/> Autres (Préciser) | | |

Service (Cocher la case correspondante)

- | | | | |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anesthésie | <input type="checkbox"/> Urgences | <input type="checkbox"/> Néonatalogie | <input type="checkbox"/> Pédiatrie |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Oncologie | <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Libéral |
| <input type="checkbox"/> Autres (Préciser) | | | |

Adresse personnelle

Code postal : Ville

Tél. Fax

E-mail obligatoire :

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

► À REMPLIR DANS LE CADRE D'UNE PRISE EN CHARGE

Établissement

Adresse de facturation

Code postal Ville

Tél. Fax

E-mail obligatoire :

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

► INFORMATIONS GÉNÉRALES

N° de formation permanente : 117 518 170 75.

Demande de convention : oui non *(uniquement si prise en charge par votre établissement)*

Attention : seules les demandes d'inscription accompagnées d'un chèque ou certifiées prises en charge par la formation seront traitées.

► TRANSPORT

Souhaite recevoir un coupon de réduction SNCF.

► DROITS D'INSCRIPTION

Ateliers de formation jeudi 2 décembre 2010 :

Inscriptions exclusivement sur internet via <http://atde2010.comm-sante.com/>

Conférences thématiques vendredi 3 décembre 2010 :

Sont inclus dans le prix d'inscription, les actes du colloque, ne sont pas inclus les déjeuners.

Droits d'inscription	Jusqu'au 20/09/2010	A partir du 21/09/2010
Étudiants, élèves infirmières*	<input type="checkbox"/> 50 euros	<input type="checkbox"/> 50 euros
IDE, paramédicaux, psychologues et autres	<input type="checkbox"/> 140 euros	<input type="checkbox"/> 180 euros
Médecins, pharmaciens	<input type="checkbox"/> 160 euros	<input type="checkbox"/> 200 euros
MONTANT TOTAL euros euros

* Joindre obligatoirement la photocopie de la carte d'étudiant.

Toutes les inscriptions individuelles devront être réglées impérativement avant le 3 décembre 2010.

► MODE DE RÈGLEMENT

• Par chèque bancaire à l'ordre de COMM Santé (obligatoirement en euros)

• Par carte bancaire VISA Mastercard

IBAN FR 76 1090 7000 0122 4212 8771 529 - SWIFT CCBPFRPPBDX

Carte n° Expire le

Autorise le débit de ma carte de euros

Pictogramme (3 derniers chiffres au dos de votre CB)

Date, signature

• Par virement bancaire :

Préciser le nom de l'émetteur afin d'identifier le règlement

Code banque : 10907 - Code guichet : 00001 - Compte N° : 224 212 877 15 - Clé RIB : 29

Domiciliation : BPSO Jean Jaurès

► CONDITIONS D'ANNULATION

Aucun remboursement ne sera effectué après le 2 novembre 2010. Tout événement extérieur entravant le bon déroulement de cette journée ne donnera lieu à aucun remboursement. L'annulation doit être adressée par courrier ou télécopie.