8e CONGRÈS

GÉNÉRATION THORAX

25 - 26 mars 2016
Hyatt Regency
Palais de la Méditerranée
Nice

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

A retourner accompagné du règlement à :

COMM Santé
76 rue Marcel Sembat - 33323 BÈGLES cedex
Tél : 05 57 97 19 19 - Fax : 05 57 97 19 15
info@comm-sante.com

Inscription en ligne :
http://congres-generation-thorax.com

Cancer pulmonaire : la maladie, l'hôte, les traitements

État des lieux et évolution

IDENTITÉ

❑ Pr ❑ Dr ❑ M. ❑ Mme

Nom ..... Prénom .....

Organisme .....

Service .....

Adresse .....

.....

CP ..... Ville ..... Pays .....

Tél ..... Fax .....

E-mail *(obligatoire pour recevoir une confirmation)* .....

Profession :

❑ Anatomo-pathologiste
❑ Anesthésiste-réanimateur
❑ Chirurgien thoracique
❑ Etudiant/e
❑ Interne
❑ Masseur-kinésithérapeute
❑ Oncologue
❑ Pneumologue
❑ Médecin nucléaire
❑ Radiologue
❑ Radiothérapeute
❑ Industrie pharmaceutique
❑ Autre : .....

CONDITIONS D'INSCRIPTION

Participant individuel : inscription effective après réception du présent formulaire complété, accompagné du règlement.

Inscription prise en charge par un établissement : inscription effective après réception du présent formulaire complété revêtu du cachet de l'établissement et accompagné d'un bon de commande.

Droits d'inscription * :

TARIFS TTC	Avant le 05/02/2016	Après le 06/02/2016	sur place
Médecins	200 €	220 €	250 €
Professionnels para-médicaux	130 €	150 €	180 €
Etudiants – Internes (sur présentation d'un justificatif)	100 €	120 €	140 €
Formation continue	250 €	270 €	-
Soirée du congrès (vendredi 25/03/2016)	70 €	70 €	-

• Incluant : accès aux conférences et aux symposia, documents du congrès, cocktail-déjeunatoire du 25/3/2016, pauses-café.

À REMPLIR EN CAS DE PRISE EN CHARGE

N° d'agrément COMM Santé : 723 304 095 33

Organisme payeur .....

Adresse.....

.....

CP.....Ville .....

Tél ..... Fax .....

E-mail *(obligatoire pour recevoir une confirmation)* .....

❑ Cocher cette case pour recevoir une convention de formation

RÈGLEMENT

■ **Inscription** |_____| €

■ **Soirée du congrès** nbre x 70€ |_____| €

TOTAL |_____| €

❑ Par chèque bancaire en euros à l'ordre de COMM Santé (participants français uniquement)

❑ Par virement bancaire :
Code banque : 10907 - Code guichet : 00001
N° de compte : 32421287713 - Clé RIB : 82
IBAN : FR76 1090 7000 0132 4212 8771 382 – BIC : CCBPFRPPBDX
Domiciliation : BPACA BX TOURNY
Frais de virement à la charge de l'émetteur

❑ Par carte bancaire : Type de carte ❑ Visa ❑ Mastercard ❑ Carte bleue

Nom du porteur de la carte : .....

Carte n° : .....

Date d'expiration : ..... / ..... Cryptogramme (au dos de la carte) .....

Autorise le débit de ma carte de : |_____| € Signature :

TRANSPORT

❑ Souhaite recevoir I___I fichet(s) de réduction SNCF

CONDITIONS D'ANNULATION

Sur demande écrite exclusivement auprès de COMM Santé

■ *Jusqu'au 10 mars 2016, remboursement avec retenue de 30 € pour frais de dossier*
■ *A partir du 11 mars 2016, aucun remboursement*
Les remboursements seront effectués sous 3 à 5 semaines après le congrès.
Tout événement extérieur entravant le bon déroulement de la manifestation ne donnera lieu à aucun remboursement.

DATE :

SIGNATURE :

CACHET :