5èmes RENCONTRES CONVERGENCES SANTE HOPITAL

Lille Grand Palais – 15 au 17 septembre 2010

A retourner à :

SNPHPU – CH Montperrin – Service Pharmacie 13617 Aix-en-Provence Cedex 01
Tel : 04.42.16.16.38 - Fax : 04.42.16.17.23 – Mail : contact@snphpu.com

(SEULS SERONT TRAITES LES DOSSIERS ACCOMPAGNES DU REGLEMENT)

Nom : _____ Prénom : _____

Etablissement :_____

Service : _____

Adresse : _____

Code Postal/ Ville : _____ Tel : _____ Fax : _____

Email : _____@_____

Souhaitez-vous recevoir une convention de formation ?
Oui ❒ Non ❒

Organisme agréé FMC N°100 337 Organisme agréé

Adresse de Facturation des Droits d'Inscription :

Société : _____ Contact : _____

Adresse : _____

Code Postal/ Ville : _____ Tel : _____ Fax : _____

Les droits d'inscription ouvrent droit à l'ensemble des prestations du congrès
Les repas et les soirées sont offerts par l'organisation du Congrès.

	Tarif avant le 31 juillet 2010	**Tarif après le 31 juillet 2010**
➢ Industriels partenaires	480 €	550 €
➢ Industriels non partenaires	1 000 €	1 200 €

	Tarif avant le 31 juillet 2010	**Tarif après le 31 juillet 2010**
➢ Hospitaliers (voir conditions tarifaires préférentielles sur www.snphpu.com)	360 €	420 €
➢ Internes, FFI (Sur justificatif uniquement)	100 €	130 €
TOTAL		

Conditions d'annulation : Seules les demandes d'annulation parvenues par écrit avant le **20 Août 2010** seront acceptées. Les sommes réglées seront remboursées déduction faite de 50 € de frais de dossier.

MODE DE REGLEMENT

❒ Virement bancaire à effectuer sur le compte suivant : Société Générale Aix en Provence – 16 Cours Mirabeau 13100 Aix en Provence
Code Banque 30003 Code Guichet : 00020 N°Compte : 00037268154 Clé RIB : 06
Tous les frais de virement sont à votre charge et l'objet du virement doit indiquer SNPHPU + Nom du participant. Merci de nous retourner une copie de l'ordre de virement avec votre bulletin d'inscription.
❒ Chèque libellé à l'ordre du SNPHPU à joindre au bulletin d'inscription
❒ Carte bancaire :

Nom du porteur de la carte à débiter : _____

Type de carte ❒ Visa ❒ Eurocard/Mastercard

N° de la carte I___I___I___I___I I___I___I___I___I I___I___I___I___I I___I___I___I___I

Date d'expiration I___I___I___I___I 3 derniers chiffres du cryptogramme (Numéros inscrits derrière votre CB) I___I___I___I

Montant à débiter _____ €

Date : Signature (Obligatoire) :