Congrès National 2011 des unités de soins, d'évaluation et de prise en charge Alzheimer

15 et 16 décembre 2011 — Institut Océanographique de Paris
www.uspalz.com

À RETOURNER À : EUROPA ORGANISATION avant le 30 novembre
19, allées Jean-Jaurès - BP 61508 - 31015 Toulouse cedex 06 - France
Fax : 05 61 42 00 09 – E-mail : insc-uspalz@europa-organisation.com

☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur

Nom : _____ Prénom : _____

Société/Etablissement : _____

Spécialité/Fonction : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Tél. : _____ Fax : _____

E-mail : _____

Conformément à la loi relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, si vous souhaitez vous opposer à l'utilisation de vos coordonnées, cochez la case ci-contre ☐

DROITS D'INSCRIPTION CONGRES (Prix TTC)

☐ Formation « Journées thématiques de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie » : N°SFGG ---> 11.75.36022.75

Merci de bien vouloir joindre à ce bulletin une attestation de prise en charge adressée à EUROPA ORGANISATION faisant apparaître clairement le nom et les coordonnées de l'organisme signataire de la convention. Une convention de formation lui sera directement adressée.

	Tarif avant le 1er/11/11	Tarif à partir du 1er/11/11	Montant
Inscription congrès*	295 Euros	395 Euros	..... Euros

* L'inscription congrès permet également d'assister à la journée des Soignants.

TRANSPORT

☐ Je souhaite recevoir un fichet de réduction SNCF
☐ Je souhaite recevoir un fichet de réduction AIR FRANCE

CONDITIONS D'ANNULATION

• **Annulation avant le 20/10/11 :** le montant des droits d'inscription sera remboursé, déduction faite d'un montant de 40 Euros TTC correspondant aux frais de dossier.
• **Annulation à partir du 21/10/11 :** à compter de cette date, aucun remboursement ne sera effectué.

REGLEMENT (Doit être net de tout frais bancaire)

☐ **par chèque** à l'ordre de « Europa Organisation / USPALZ11 » à envoyer avec le bulletin d'inscription (le nom et l'adresse du participant doivent être indiqués sur le chèque s'il n'est pas l'émetteur)
☐ **par carte de crédit :** je soussigné(e) (nom du propriétaire de la carte) _____
autorise Europa Organisation à débiter la somme de _____ sur ma carte de crédit :
☐ Visa / Eurocard / Mastercard ☐ Diners ☐ American Express

N° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date d'expiration |_|_|_|_|
Mois/Année
Merci d'indiquer les trois derniers numéros inscrits au verso de votre carte de crédit : N° |_|_|_|

Signé à _____ le _____ signature