

Amélioration de la qualité des soins
Prévention du risque médico-légal en médecine périnatale
26-27 SEPTEMBRE 2008 – MARSEILLE

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS PREVENTION
DU RISQUE MÉDICO-LÉGAL EN MÉDECINE PÉRINATALE
26 & 27 septembre 2008
WTC - 2 rue Henri Barbusse - 13001 MARSEILLE

Veuillez retourner votre bulletin accompagné du règlement
à l'adresse ci-dessous:



Attention ! L'inscription au congrès est validée à réception du règlement ou d'un document écrit attestant la prise en charge.
L'inscription est individuelle et nominative, elle ne pourra être cédée en cas de désistement ou d'absence.
Au delà de J-20, toutes les inscriptions non réglées ou identifiées comme « prise en charge » ne sont plus **PRIORITAIRES** et pourront être refusées dès l'instant où le nombre de places limité est atteint. Si possibilité d'inscription sur place, une majoration de 20 € sera appliquée.
Le comité organisation.

RAPHAËL GASSIN
RELATIONS MEDICALES
34 GRANDE RUE CHARLES DE GAULLE
94130 NOGENT SUR MARNE

Identité : Mr Mme Melle

Nom : _____ Prénom : _____

Service : _____ fonction : _____

Adresse : Personnelle Professionnelle Service

CP : _____ Ville : _____ Pays : _____

E-mail : _____

Portable : _____ Tél. : _____ Fax : _____

Journées organisées en association avec GYNERISQ et l'UREMEC

TARIF DES INSCRIPTIONS - TTC	VENDREDI 26 SEPTEMBRE 2008	SAMEDI 27 SEPTEMBRE 2008	FORFAIT 2 jours
MÉDECIN - CCA <input type="checkbox"/> Règlement personnel	<input type="checkbox"/> 120 €	<input type="checkbox"/> 80 €	<input type="checkbox"/> 180 €
MÉDECIN - CCA <input type="checkbox"/> Prise en charge*	<input type="checkbox"/> 150 €	<input type="checkbox"/> 120 €	<input type="checkbox"/> 250 €
SAGE-FEMME - AUTRE <input type="checkbox"/> Règlement personnel	<input type="checkbox"/> 90 €	<input type="checkbox"/> 50 €	<input type="checkbox"/> 130 €
SAGE-FEMME - AUTRE <input type="checkbox"/> Prise en charge*	<input type="checkbox"/> 130 €	<input type="checkbox"/> 90 €	<input type="checkbox"/> 200 €

*Prise en charge : est considérée comme telle, toute inscription réglée par un organisme de formation, une société, un laboratoire pharmaceutique, une association ou tout règlement n'étant pas émis personnellement par l'intéressé.

- Je règle immédiatement Inscription prise en charge
 Etablissement Société / Laboratoire _____

TOTAL A REGLER : € TTC

➔ **Conditions de règlement :** Chèque à l'ordre de « **RELATIONS-MEDICALES** » Agrément formation 11940701394

L'inscription est définitive à réception du règlement ou d'une demande de prise en charge préalablement signée par l'organisme payeur.

➔ **Remplacement :** 30 € pour frais de dossier seront retenus.

➔ **Justificatifs de règlement :**

- Chèque personnel ou autre n° _____ Banque _____
 Chèque association n° _____ Banque _____
 Virement – remplir un bulletin d'inscription et joindre le justificatif bancaire
 Carte Bancaire : CB VISA AMEX MASTER CARD

Signature du titulaire de la carte bancaire :

Nom du titulaire : Expire le : __/__/__

N° __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/ Code (verso) __/__/__/