

# BULLETIN D'INSCRIPTION

## Réanimation du nouveau-né en salle de naissance 19-20 JUIN 2008 – MARSEILLE

N° Réf. C\_55

### Réanimation du nouveau-né en salle de naissance

World Trade Center - 2 Rue Henri Barbusse  
13241 MARSEILLE CEDEX 01

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 :

### **FORMATION** « Réanimation du Nouveau-né à terme en Salle de Naissance » !!! Attention nombre de places limité !!!

- Je règle immédiatement  oui  non (prise en charge préalable)  
 Inscription prise en charge  Etablissement  Société / Laboratoire \_\_\_\_\_

TARIF DES INSCRIPTIONS - TTC		Inscription Tarif unique	Forfait repas 2 jours
Règlement avant le 20 MAI 2008	➔ Inscription individuelle	<input type="checkbox"/> 300 €	<input type="checkbox"/> 40 €
	➔ Inscription Prise en Charge par formation / société / laboratoire / association	<input type="checkbox"/> 400 €	<input type="checkbox"/> 40 €
Règlement après le 20 MAI 2008	➔ Inscription individuelle	<input type="checkbox"/> 350 €	<input type="checkbox"/> 40 €
	➔ Inscription Prise en Charge par formation / société / laboratoire / association	<input type="checkbox"/> 400 €	<input type="checkbox"/> 40 €

TOTAL A REGLER :

€ TTC

➔ **Conditions de règlement** : Chèque à l'ordre de « **THEMA MEDICAL CONCEPTS** »

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) / \_/ \_/ \_/ \_/