

Bulletin d'inscription

au 57^e Congrès National des Centres de Santé

Nom : _____ Prénom : _____

Tél. Personnel : _____ E-mail : _____

Tél. Professionnel : _____ Télécopie : _____

Activité Professionnelle : _____

Déclare m'inscrire comme membre congressiste

Inscription professionnelle* 180 €

45 € (Après-midi des centres de planification de 14 h à 17 h)

Inscription individuelle

Ci-joint mon règlement de 180 €

Ci-joint mon règlement de 50 € - Tarif réservé aux étudiants, aux chômeurs et aux retraités

Ci-joint mon règlement de 45 € (Après-midi des centres de planification de 14 h à 17 h)

** Règlement à réception de facture*

Adresse de facturation : _____

Annulation : Pour des raisons d'organisation aucune annulation ne sera acceptée après le 19 septembre 2017.

Fait à _____ le _____

signature

Les règlements sont à établir à l'ordre de « Congrès National des Centres de Santé »

Bulletin à retourner à :

CONGRÈS NATIONAL DES CENTRES DE SANTÉ
65-67, rue d'Amsterdam, 75008 PARIS
avant le 19 septembre 2017