



**40^e Séminaire d'Enseignement
du Collège de Chirurgie
Pédiatrique**

**Marseille • Palais du Pharo
29-30 novembre 2021**

L'endo-urologie pédiatrique

Actualités et perspectives

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

A RETOURNER accompagné du règlement à :

COMM Santé / Séminaire SFUPA

76 rue Marcel Sembat - 33 323 BÈGLES cedex

Tél. : 05 57 97 19 19 - Fax : 05 57 97 19 15

info@comm-sante.com

IDENTITÉ

☐ Pr ☐ Dr ☐ M. ☐ Mme

Nom Prénom

Organisme.....

Service

Adresse

.....

CP Ville

Tél. Fax

Email

(obligatoire pour recevoir une confirmation)

Profession :

☐ Chirurgien pédiatre

☐ Néphrologue pédiatre

☐ Pédiatre

☐ Etudiant/e – Externe

☐ Interne

☐ Cadre de santé

☐ Infirmier/ère

☐ Industrie pharmaceutique

☐ Autre spécialité médicale :

Préciser :

.....

.....

Avez-vous participé aux précédentes éditions ?

Si oui, lesquelles : ☐ 2020 ☐ 2019 ☐ 2018 ☐ 2017

Si non, comment avez-vous connu le Séminaire :

☐ Internet ☐ Flyer ☐ Diffusion lors d'un autre congrès ☐ Réseau professionnel ☐ Autre :

CONDITIONS D'INSCRIPTION

- **Participant individuel** : inscription effective après réception du présent formulaire complété et accompagné du règlement.
- **Inscription prise en charge par un établissement** : inscription effective après réception du présent formulaire complété revêtu du cachet de l'établissement et /ou accompagné d'un bon de commande.

Droits d'inscription	Jusqu'au 17/10/2021	A partir du 18/10/2021
Tarif individuel profession de santé	230€	350€
Tarif formation continue	350€	450€
Tarif étudiant – Interne (moins de 30 ans – sur présentation d'un justificatif)	90€	150€
Tarif société commerciale non partenaire	400€	500€
Soirée du congrès (lundi 29/11/2021)	50€	50€

Incluant : accès aux conférences et aux symposia, documents du congrès, cocktail-déjeunatoire du 29/11, pauses-café.

A REMPLIR EN CAS DE PRISE EN CHARGE

Organisme payeur

Adresse

CP Ville

Tél. Fax

Email (*obligatoire pour recevoir une confirmation*)

☐ Cocher cette case pour recevoir une convention de formation

RÈGLEMENT

1/ Inscription €

2/ Soirée du congrès - Nbre x 50€ €

TOTAL €

☐ Par chèque bancaire en euros à l'ordre de COMM Santé

☐ Par virement bancaire :

Code banque : 10907 - Code guichet : 00001

N° de compte : 26121895762 – Clé RIB : 03 - IBAN : FR76 1090 7000 0126 1218 9576 203

BIC : CCBPFRPPBDX - Domiciliation : BPACA BX TOURNY - 00001 - *Frais de virement à la charge de l'émetteur*

CONDITIONS D'ANNULATION

Sur demande écrite exclusivement auprès de COMM Santé.

> Jusqu'au 13 novembre 2021, remboursement avec retenue de 30 € pour frais de dossier.

> A partir du 14 novembre 2021, aucun remboursement.

Les remboursements seront effectués après le congrès.

Tout événement extérieur entravant le bon déroulement de la manifestation ne donnera lieu à aucun remboursement.

☐ J'ai pris connaissance des Conditions Générales de Vente

☐ J'accepte que COMM Santé collecte et utilise les données personnelles que je viens de renseigner en accord avec la Politique de Protection des Données.

Date :/...../.....

Cachet :

Signature :