

30 novembre
& 1^{er} décembre 2018

Bordeaux
Hôtel Pullman

19^{èmes} Journées d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest

Interface ville ■ hôpital

A retourner accompagné du règlement
ou d'un bon de commande
avant le 23 novembre 2018 à :

COMM Santé - 19^{èmes} JUPSO
76 rue Marcel Sembat
33328 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

Code postal..... Ville

Tél Fax

E-mail *(obligatoire pour recevoir une confirmation)*

Profession :

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant/e | <input type="checkbox"/> Interne | <input type="checkbox"/> Médecin urgentiste | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Cadre de santé | <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Neuro-pédiatre | <input type="checkbox"/> Réanimateur pédiatrique |
| <input type="checkbox"/> Etudiant/e - Externe | <input type="checkbox"/> Médecin de PMI | <input type="checkbox"/> Pédiatre | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Puériculteur/trice | <input type="checkbox"/> Médecin de santé publique | <input type="checkbox"/> Pneumo-pédiatre | Préciser : |
| <input type="checkbox"/> Infirmier/ère | <input type="checkbox"/> Médecin scolaire | <input type="checkbox"/> Pédo-psychiatre | |

Avez-vous participé aux précédentes éditions des JUPSO ?

Si oui, lesquelles : 2017 2016 2015

Si non, comment avez-vous connu les Journées : Programme imprimé Internet Opération de promotion

Bouche à oreille Autre :

À REMPLIR EN CAS DE PRISE EN CHARGE

Organisme payeur

Nom et prénom du contact référent

Adresse

Code postal..... Ville

Tél Fax

E-mail *(obligatoire pour recevoir une confirmation)*

DONNÉES GÉNÉRALES

Participation

Vendredi 30/11 Sessions scientifiques Déjeuner-buffet

Samedi 01/12 Sessions scientifiques

Inscription dans le cadre de la FMC

Prise en charge possible au titre de la formation continue

N° d'agrément COMM Santé : 723 304 095 33

Souhaite recevoir une convention de formation

MODALITÉS D'INSCRIPTION

- **Participant individuel** : l'inscription sera effective après réception du présent formulaire complété et accompagné du règlement.
- **Inscription prise en charge par un établissement** : l'inscription sera effective après réception du présent formulaire complété et revêtu du cachet de l'établissement.
- **Inscription sur place** : le tarif majoré sera appliqué.

Droits d'inscription

	2 jours 30/11 et 01/12	30/11	01/12
Médecins	185€	135€	95€
Professionnels para-médicaux	155€	125€	85€
Etudiants, internes, chefs de clinique <i>(joindre un justificatif)</i>	90€	70€	60€
Formation continue	210€	---	---
Déjeuner-buffet du 30/11	44€	44€	---
Inscription sur place : tarif majoré	200€	150€	110€

Les droits d'inscription incluent l'accès aux sessions scientifiques, les pauses-café et les documents du congrès.

Le déjeuner du vendredi 30/11 est proposé en option payante (44 €), sur inscription préalable uniquement.

Aucune inscription sur place ne pourra être acceptée.

RÈGLEMENT

1/ Inscription €

2/ Déjeuner-buffet du 30/11 €

TOTAL €

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

Par virement bancaire

Code banque : 10907 - Code guichet : 00001

N° de compte : 25821119595 - Clé RIB : 69

IBAN : FR76 1090 7000 0125 8211 1959 569 - BIC : CCBPFRPPBDX

BPACA BX TOURNY

Préciser le nom de l'émetteur afin d'identifier le règlement :

CONDITIONS D'ANNULATION

Sur demande écrite exclusivement :

- Jusqu'au 23/11/2018, remboursement avec retenue de 30 € pour frais de dossier,
- A partir du 24/11/2018, aucun remboursement.

Les remboursements seront effectués après le congrès.

Tout événement extérieur entravant le bon déroulement du congrès ne donnera lieu à aucun remboursement.

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

Signature

Cachet