

## BULLETIN D'INSCRIPTION

Participant :  Prof.  Dr.  Mme  Mlle  Mr.

Nom : .....

Prénom : .....

Membre de la FNCLS  Oui  Non

Profession/Spécialité : .....

Hôpital : ..... Service : .....

Adresse professionnelle : .....

.....

Ville : ..... Code Postal : ..... Pays : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

E-mail : .....@.....

### TRANSPORT

Je souhaite bénéficier de la réduction sur le réseau national SNCF

### INSCRIPTION

Cocher la ou les cases correspondantes SVP

• Inscription : 35€

Souhaite participer au(x) :

XI<sup>èmes</sup> Assises

VI<sup>ème</sup> Congrès National

XI<sup>èmes</sup> Assises et VI<sup>ème</sup> Congrès National

• Déjeuner : 15€

Souhaite participer au(x) :

Déjeuner du 6 Octobre

Déjeuner du 7 Octobre

• Soirée du congrès : 35€

Souhaite participer au Dîner du congrès le jeudi 6 octobre,  
à la Chapelle Saint Sauveur

• Total inscription, déjeuner(s) & Soirée du congrès .....€

En cas d'annulation :

Avant le 30 Avril 2005 : remboursement de la totalité moins 10€ pour frais de dossier

Entre le 1<sup>er</sup> Mai et le 31 Août 2005 : remboursement de 50%

A partir du 1<sup>er</sup> Septembre 2005 : aucun remboursement

Toute annulation doit être signifiée par écrit.

Lu et approuvé, le.....

Signature :

### MODALITES DE REGLEMENT

Chèque Bancaire : Prière de libeller votre chèque  
à l'ordre de Nex&coM Santé RP Congrès

Carte de Crédit :  VISA

Eurocard

Mastercard

N° de carte de crédit :

Date d'expiration :

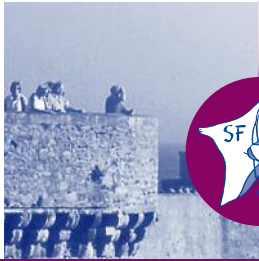
Cryptogramme :    (3 derniers chiffres au dos de la carte)

Nom du détenteur : .....

Lu et approuvé, le .....

Signature :

Veillez retourner le bulletin dûment complété accompagné de votre règlement à :  
Nex&coM Santé RP Congrès - 9 rue Henri Martin - 92772 Boulogne-Billancourt cedex  
Tél : 01 46 43 33 00 - Fax : 01 46 43 33 34 - Email : [congres@nex-com.com](mailto:congres@nex-com.com)



## BULLETIN D'HEBERGEMENT

Participant :  Prof.  Dr.  Mme  Mlle  Mr.

Nom : .....

Prénom : .....

Profession/Spécialité : .....

Hôpital : ..... Service : .....

Adresse professionnelle : .....

.....

Ville : ..... Code Postal : ..... Pays : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

E-mail : .....@.....

Date d'arrivée : ..... Date de départ : .....

### Hôtel \*\*

Hôtel **	Prix Chambre Simple	Prix Chambre Double
1 - Ibis Plage	74,81€	75,62€
2 - Hôtel Jean Bart	66,51€	74,02€
3 - Hôtel Anne de Bretagne	48,00€	56,00€
4 - Hôtel Bristol Union	56,81€	69,62€
5 - Hôtel San Pédro	51,31€	54,62€
6 - Hôtel Chateaubriand	61,00€	74,00€
7 - Hôtel du Louvre	79,00€	94,00€

### Hôtel \*\*\*

8 - Hôtel Central	86,00€	106,00€
9 - Mercure Saint Malo	94,00€	107,00€
10 - Hôtel de la Cité	68,00€	88,00€
11 - Hôtel aux Ajoncs d'Or	71,00€	102,00€
12 - Hôtel Elisabeth	96,00€	130,00€

Ce prix s'entend par nuit, petit-déjeuner inclus

Nuits :  Mercredi 5 octobre  Jeudi 6 octobre

Seules les réservations accompagnées des **arrhes correspondant à la première nuit seront enregistrées.**

Total arrhes 1<sup>ère</sup> nuit .....€

### MODALITES DE REGLEMENT

Veillez établir un règlement séparé pour les arrhes hébergement.

Chèque Bancaire : Prière de libeller votre chèque à l'ordre de Nex&coM Santé RP Congrès

Carte de Crédit :  VISA  Eurocard  Mastercard

N° de carte de crédit : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Date d'expiration : | | | | | |

Cryptogramme : | | | | | (3 derniers chiffres au dos de la carte)

Nom du détenteur : .....

Lu et approuvé, le ..... Signature