C O L L O Q U E

Accessibilité, Dignité, Continuité

Pour une politique de secteur au service de la population

Vendredi 24
samedi 25 octobre 2008
AIX EN PROVENCE

http://colloqueaccessibilite.comm-sante.com

A retourner à : COMM Santé
76, rue Marcel Sembat - 33323 Bègles Cedex
Tél. 05 57 97 19 19 - Fax 05 57 97 19 15 - audrey.morisset@comm-sante.com

1 • Identité

Nom.....Prénom.....
Fonction .....
Adresse .....
.....
Code postal .....Ville .....
Tél. .....Fax .....
E-mail (obligatoire).....
La confirmation de votre inscription vous sera adressée par e-mail
Adresse de facturation (si différente) .....

2 • Demandes générales

- **Demande de convention uniquement pour les organismes prenant en charge les participants**

Demande de convention ☐ oui* ☐ non
*(*si oui, vous avez sélectionné le tarif formation continue)*
Numéro formateur : 11 75 23 00 475

Attention : seules les demandes d'inscription accompagnées d'un chèque ou certifiées prises en charge par la formation seront traitées.

- **Transport**

Trajet SNCF
☐ Souhaite recevoir une fiche de réduction congrès

Trajet Air France
Vous reporter aux instructions en page informations pratiques du programme.

- **Hébergement**

☐ Souhaite recevoir une liste d'hôtels proches du congrès

3 • Droits d'inscription

Sont inclus dans le coût d'inscription : l'accès aux conférences plénières, aux pauses et au déjeuner du vendredi 24 octobre 2008. Les documents de travail vous seront remis sur place avec une attestation de présence et un badge.

- **Droits d'inscription**

Tarifs (cocher le tarif d'inscription retenu)	**jusqu'au 15/09/08 Prolongation des tarifs jusqu'au 30/09/08**	**à partir du 1/10/08**
Tarif général	☐ 130 euros	☐ 150 euros
Tarif formation continue	☐ 150 euros	☐ 180 euros
Total	.....	.....

Montant total .....

4 • Mode de règlement

☐ Par chèque bancaire à l'ordre de COMM Santé

☐ Par virement bancaire : BPSO Bordeaux Jean Jaurès
Code banque : 10907 - Code guichet : 00001
N° de compte : 82421287713 - Clé RIB : 26
IBAN : 76 1090 7000 01824 2128 7713 26 - SWIFT : CCB PFRPPBDX
Précisez le nom de l'émetteur afin d'identifier le règlement.

Par carte bancaire : ☐ Visa ou ☐ Mastercard
Carte n° ⌊⌊⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋⌊⌊⌊⌊⌋ expire le / /
autorise le débit de ma carte de _____ euros
Cryptogramme au dos de la carte _____
(3 derniers chiffres - obligatoire)

Date, signature

Conditions d'annulation - Aucun remboursement ne sera effectué après le 15 septembre 2008.
Tout événement extérieur entravant le bon déroulement de cette manifestation ne donnera lieu à aucun remboursement. L'annulation doit être adressée par courrier. Les remboursements seront tous effectués après la date de la manifestation.