

50<sup>e</sup>  
CONGRÈS



Collège Français  
de Pathologie  
Vasculaire

16-18 MARS 2016

Maison de la Chimie - Paris

## BULLETIN D'INSCRIPTION

**Attention, l'inscription est obligatoire, y compris pour les membres du CFPV exonérés des droits d'inscription.**

**La date limite d'inscription par correspondance est fixée au vendredi 4 mars 2016.**

Après cette date, les inscriptions se feront sur place.

L'inscription donne droit au badge, obligatoire pour l'accès aux sessions scientifiques, au programme scientifique, au numéro spécial du Journal des Maladies Vasculaires, à la soirée du Président et aux pauses-café.

**Remplir en lettres capitales et cocher la ou les case(s) correspondante(s)**

Pr  D<sup>r</sup>  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  M.

Libéral  Hospitalier  Salarié non hospitalier

Médecin  Chirurgien  Radiologue  Biologiste

Autre .....

Nom : .....

Prénom : .....

Hôpital : ..... Service : .....

N° RPPS : .....

Adresse professionnelle : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Téléphone : ..... Télécopie : .....

Courriel : ..... @ .....

### Droits d'inscription

	Avant le 4 mars	Après le 5 mars / sur place
• Inscription au congrès (3 jours)	<input type="checkbox"/> 390 €	<input type="checkbox"/> 500 €
• Inscription à la journée :		
<b>16 mars</b> .....	<input type="checkbox"/> 300 €	<input type="checkbox"/> 400 €
<b>17 mars</b> .....	<input type="checkbox"/> 300 €	<input type="checkbox"/> 400 €
<b>18 mars</b> .....	<input type="checkbox"/> 300 €	<input type="checkbox"/> 400 €
• Membre du CFPV (à jour de cotisation) .....	<input type="checkbox"/> Gratuit	<input type="checkbox"/> 50 €
• Président de séance, Modérateur, Orateur .....	<input type="checkbox"/> Exonéré	
• Interne et Chef de Clinique .....	<input type="checkbox"/> Exonéré	
• Etudiant .....	<input type="checkbox"/> 50 €	<input type="checkbox"/> 70 €

(joindre une photocopie de la carte d'étudiant et de la carte nationale d'identité)

50<sup>e</sup>  
CONGRÈS



Collège Français  
de Pathologie  
Vasculaire

16-18 MARS 2016

Maison de la Chimie - Paris

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### ■ Programme social

#### • Soirée du Président (mercredi 16 mars) (Inscription préalable obligatoire)

- |                    |                                     |                                      |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Participation      | <input type="checkbox"/> Oui        | <input type="checkbox"/> Non         |
| Accompagnant       | <input type="checkbox"/> Oui        | <input type="checkbox"/> Non         |
| Cocktail inaugural | <input type="checkbox"/> 1 personne | <input type="checkbox"/> 2 personnes |

#### • Soirée du congrès (vendredi 18 mars).

(Seules les inscriptions accompagnées du règlement seront enregistrées) (places limitées).

- |                    |                               |
|--------------------|-------------------------------|
| Participant .....  | <input type="checkbox"/> 70 € |
| Accompagnant ..... | <input type="checkbox"/> 70 € |

TOTAL INSCRIPTION ET SOIRÉE DU CONGRÈS ..... €

### ■ Transport

- Aérien : veuillez-vous reporter aux informations générales du programme.
- Rail : je souhaite bénéficier de la réduction sur le réseau national SNCF.

### ■ Annulation

Seules les annulations reçues **avant le 4 mars 2016** par courrier, télécopie ou courriel seront prises en compte et permettront le remboursement des sommes versées, déduction faite de 20 % pour frais de gestion.

**A compter du 5 mars 2016**, aucun remboursement ne sera effectué.

### ■ Modalités de règlement (cocher la ou les cases correspondantes SVP)

- Chèque postal ou bancaire : Prière de libeller votre règlement à l'ordre de : **Nex&coM Medical Events**
- J'autorise le prélèvement de ma carte de crédit du montant indiqué ci-dessus :
- |                                          |                               |                                              |
|------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Carte de Crédit | <input type="checkbox"/> VISA | <input type="checkbox"/> EUROCARD/MASTERCARD |
|------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------|
- N° :
- Date d'expiration (mois/année)
- Cryptogramme (3 derniers chiffres au dos de la carte)    Nom du détenteur : .....
- Lu et approuvé, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signature :

**A RETOURNER dûment complété et accompagné du règlement à :**  
**Nex&coM Medical Events - 24, rue Erlanger - 75016 Paris**