

N° Formation : 11940701394

49^{ème} JOURNÉES NATIONALES DE NÉONATOLOGIE

Jeudi 28 et vendredi 29 mars 2019

Coordonnateurs scientifiques :

Pr **Pierre-Henri JARREAU** et Pr **Guy MORIETTE**

INSTITUT PASTEUR

28, rue du Dr Roux - 75015 PARIS

RAPHAËL GASSIN

RELATIONS MÉDICALES - C215

34, Grande Rue Charles de Gaulle

94130 NOGENT-SUR-MARNE

FRANCE

Identité : M Mme Titre : Dr Pr

Prénom : Nom :

Fonction : Spécialité :

Adresse : Personnelle Professionnelle Service :Code Postal : Ville : Pays :

E-mail : @

Portable : Tél : Fax :

Tarifs TTC selon statut	Tarifs TTC jusqu'au 31 / 12 / 2018			Tarifs TTC à partir du 01 / 01 / 2019		
	INSCRIPTION INDIVIDUELLE	*ADHÉRENT SFN	PRISE EN CHARGE	INSCRIPTION INDIVIDUELLE	*ADHÉRENT SFN	PRISE EN CHARGE
INFIRMIÈRE PUÉRICULTRICE SAGE-FEMME	<input type="checkbox"/> 260 €	<input type="checkbox"/> 240 €	<input type="checkbox"/> 420 €	<input type="checkbox"/> 290 €	<input type="checkbox"/> 270 €	<input type="checkbox"/> 456 €
MÉDECIN - CCA et AUTRES	<input type="checkbox"/> 375 €	<input type="checkbox"/> 355 €	<input type="checkbox"/> 540 €	<input type="checkbox"/> 405 €	<input type="checkbox"/> 385 €	<input type="checkbox"/> 576 €

INSCRIPTION INDIVIDUELLE : Règlement effectué par le participant pour son propre compte.

PRISE EN CHARGE : Règlement effectué par un tiers nécessitant une facture : Conventions établissement, formations, Autres...

***Présentation d'un justificatif d'adhésion SFN**

Tarif Prise en charge : montant HT assujéti à la TVA selon taux en vigueur.

L'inscription au congrès implique que vous approuvez l'ensemble des conditions générales dont vous avez pris connaissance ci-après.

Elle donne l'accès : aux sessions scientifiques, pause, buffet. Votre badge vous sera remis avec sacoche, bloc et stylo.**MODES DE PAIEMENT** (merci de retourner ce bulletin et votre règlement à **Relations Médicales**) **Carte de crédit** : CB VISA AMERICAN EXPRESS MASTER CARD

Nom du titulaire : Expire le : ____ / ____ / ____

N° carte bancaire : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Code du verso (3 ou 4 chiffres selon carte) : / ____ / ____ / ____ / ____

 Chèque N° : Banque :Veuillez établir votre chèque à l'ordre de **Relations Médicales****Virement bancaire** : Nous contacter

Montant à régler

..... €

Signature obligatoire