



BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom:.....

Prénom:.....

Adresse:.....

Ville/Code postal:.....

Téléphone:..... Fax:.....

E-mail:.....

■ Droits d'inscription

Médecins

■ Totalité du congrès: 230 €

■ 1 jour de congrès: 170 €

Précisez le jour: Jeudi 16 Vendredi 17

DES/DIS/Étudiants/Orthoptistes

■ Totalité du congrès: 170 €

■ 1 jour de congrès: 120 €

Précisez le jour: Jeudi 16 Vendredi 17

■ Mode de paiement

■ Par chèque (à l'ordre de Performances Médicales)

■ Par carte bancaire n°

(À l'exception d'American Express)

Date d'expiration: Cryptogramme:

**Possibilité d'inscription et de règlement en ligne
sur www.jifro.info (paiement sécurisé)**

■ Transport

Transport aérien: lors de la confirmation de votre inscription, un numéro d'agrément vous sera transmis. Il vous permettra d'obtenir des réductions sur les transports aériens.

■ Hébergement

Je souhaite recevoir une liste d'hôtels proches du Newcap Event Center-Paris.