BULLETIN DROIT D'INSCRIPTION AU CONGRES

Je souhaite m'inscrire aux Rencontres France-Portugal ORL/ Maxillo facial/ Dentaire à Lisbonne :

Je soussigné (e) :

- **Nom :** _____
- **Prénom**_____
- **Spécialité**_____
- **Adresse Professionnelle :**

  _____

  _____
- **Tél Professionnel :** _____
- **Portable :**_____
- **Fax :** _____
- **e-Mail :** _____

Droits d'inscription* : 590 €uros

➢ Je règle en carte de crédit en ligne sur le site **http://jmp-orl.com**

➢ Je vous adresse un chèque de ……€uros TTC établi à l'ordre de **REGIMEDIA**
17 rue de Seine, 92100 Boulogne Billancourt

➢ J'effectue un virement de ……€uros TTC

BANQUE SOCIETE GENERALE BOULOGNE BILLANCOURT

CODE BANQUE : 30003	CODE GUICHET : 03085
NUMERO DE COMPTE : 00020256255	CLE RIB : 29
IBAN : FR76 3000 3030 8500 0202 5625 529	SWIFT – BIC : SOGEFRPP

***Les droits d'inscription comprennent :** l'admission aux sessions scientifiques et à l'exposition, ainsi que la remise du programme scientifique, la mise à disposition de l'appareil de traduction simultanée, la remise du badge et de la documentation sur place et l'accès aux pauses café.

*Aucun remboursement après le 30 Janivier 2018

Programme, Informations & Inscriptions :

Laetitia – Tel : 01 72 33 91 01- Fax : 01 72 34 92 30 **contact@jmp-orl.com**