

Inscription au 45^{ème} Congrès de Nancy

10 – 12 septembre 2009

Société Française de Stomatologie et de Chirurgie maxillo-faciale

Nom :Prénom

Adresse

professionnelle.....

Code

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

Tél : Fax :

E-mail.....

Frais d'inscription au congrès :

(Accès aux salles de conférences et « pauses café »)

Membre de la SFSCMF		Non membre de la SFSCMF		CCA/Interne membre de la SFSCMF (justificatif joint)	
Plein tarif	Avec réduction	Plein tarif	Avec réduction	Plein tarif	Avec réduction
3 jours : 350 €	3 jours : 300 €	3 jours : 400 €	3 jours : 350 €	3 jours : 70 €	3 jours : 20 €
2 jours : 300 €	2 jours : 270 €	2 jours : 350 €	2 jours : 320 €	2 jours : 50 €	2 jours : 20 €
1 jour : 220 €	1 jour : 200 €	1 jour : 250 €	1 jour : 230 €	1 jour : 30 €	1 jour : 10 €

L'inscription au congrès **avant le 1^{er} mai 2009** permet de bénéficier d'une réduction de :
50 € pour les trois jours, 30 € pour deux jours, 20 € pour une journée

Inscription au cours pré-congrès (9 septembre) :

Membre de la SFSCMF	Non membre de la SFSCMF	CCA/Internes membre de la SFSCMF (justificatif joint)
150 €	200 €	100 €

Annulation avant le 30 04 2009 remboursement intégral - Annulation avant le 30 06 2009
remboursement diminué des frais engagés (150 €) - Annulation après le 01 07 2009 aucun
remboursement *sauf cas de force majeure*

Il sera possible de prendre les repas de midi sur place : prix unitaire de 25 € par repas.

Cochez la ou les cases que vous vous choisissez

Repas du jeudi **Repas du vendredi** **Repas du samedi**

Repas de Gala du vendredi soir (11 septembre), Hôtel de ville, place Stanislas (places limitées) : **90 €**.

Nombre de personnes :

Programme des accompagnants : le programme détaillé sera disponible à compter du mois de janvier. Un courrier vous sera adressé à cette date.

Inscription gratuite au Cocktail du jeudi soir (places limitées) : non oui

Nombre de personnes :

Règlement

Cochez la case correspondante à votre mode de règlement
Remplissez la **Fiche Récapitulative** ci-jointe à titre de justificatif provisoire
(le justificatif définitif vous sera remis au comptoir d'accueil du Congrès).

Par chèque à l'ordre de la **SFSCMF** d'un montant de.....€

Par virement bancaire à effectuer auprès du Crédit Agricole compte numéro :

18306 Code établissement	00010 Code guichet	50872826000 Numéro de compte	09 Clé RIB
-----------------------------	-----------------------	---------------------------------	---------------

Par carte bancaire, **mais uniquement** sur place les 10, 11 et 12 septembre
Vous nous adressez un chèque pour l'inscription mais **il ne sera pas encaissé** et vous sera rendu
lorsque vous effectuerez votre règlement par carte bancaire.

Prière **de ne pas encaisser** le chèque ci-joint d'un montant de.....€

Je le reprendrai en échange d'un **règlement par carte bancaire** lors du congrès

N° de carte bancaire : □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Banque :

Signez dans la case ci-dessous

A envoyer à
Société Française de Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale
Madame Curot
6 rue de la CONTRIE, 44100 NANTES -
contact@sfscmf.fr - Tel : 06 81 83 38 37