GROUPE CHIRURGICAL
Société Française de Dermatologie

5ème SEMINAIRE D'ANALYSE DE CAS CLINIQUES
DU GROUPE CHIRURGICAL de la SFD
Vendredi 04 novembre 2016
Paris, École du Val-de-Grâce (Paris 5ème)

BULLETIN D'INSCRIPTION

Merci de retourner ce formulaire à l'adresse suivante :
Séminaire d'analyse de cas cliniques du Groupe Chirurgical-SFD c/o MCI France
24 rue Chauchat – 75009 Paris – Tél : 01 70 39 35 63 - Fax : 01 53 85 82 83
seminaire@journees-groupechirsfd.com

Les places sont limitées, les inscriptions seront validées par ordre d'arrivée.
Date limite d'inscription : 3 Octobre 2016

PARTICIPANT

❒ Pr ❒ Dr ❒ Mr ❒ Mme ❒ Mlle

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : ❒ Dermatologue ❒ Interne ❒ Autre profession médicale

Institution : .....

Service : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....Ville : ..... Pays : .....

Tel : ..... Fax : .....

Email : .....

❒ **Je ne souhaite PAS que mes coordonnées soient diffusées ultérieurement à un tiers.**

DROITS D'INSCRIPTION – vendredi 04 novembre 2016

L'inscription comprend :

- L'accès à la salle de conférences
- Le cocktail déjeunatoire et pauses-cafés

☐ 70 euros TTC pour les membres du Groupe Chirurgical et anciens élèves DIU de Dermatologie Chirurgicale
☐ 130 euros TTC pour les non membres du Groupe Chirurgical
☐ 30 euros TTC pour les internes et CCA (*)

(*) Fournir un justificatif de statut

Attention aucun déjeuner ne pourra être commandé sur place.

REGLEMENT

A REGLER : ..... € TTC

J'effectue mon règlement de la manière suivante :

☐ Par chèque bancaire ou postal joint, **à l'ordre de MCI France / Séminaire d'analyse de cas cliniques GDC**

☐ Par virement bancaire, **à l'ordre de GDC-MCI France** (*Frais bancaires à votre charge)*
Le Crédit Lyonnais – Direction Entreprise – 19, boulevard des Italiens – 75002 Paris
Code Banque : 30002 – Code guichet : 05666 – Numéro de Compte : 0000060133P – Clé RIB : 15
IBAN FR91 3000 2056 6600 0006 0133 P15 – BIC: CRLYFRPPXXX

☐ **Par carte** ☐ VISA ☐ MASTERCARD ☐ AMERICAN EXPRESS
N° : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I N° de contrôle : I__I__I__I__I
(3 derniers chiffres au dos de la VISA/MASTERCARD – 4 derniers chiffres sur le devant de l'AMEX)
Nom du titulaire : ..... Date d'expiration : ____/____
J'autorise MCI France à débiter ma carte de : ..... €

☐ J'accepte les conditions d'inscription et de règlement du Séminaire et accepte de m'y conformer.
SIGNATURE(*):
(*) OBLIGATOIRE : Nous vous remercions de signer, que régliez par carte, chèque ou virement. Les bulletins sans signature ne pourront être traités.

Un accusé de réception reprenant les différents détails de votre inscription et une facture libellée en EUROS (€) avec TVA vous parviendront dans les quinze jours suivant votre demande d'inscription. Cette lettre (ou une copie) devra être présentée au comptoir d'accueil lors de votre arrivée au Séminaire. Les inscriptions par téléphone ne sont pas possibles. Seules sont prises en compte les inscriptions par écrit, accompagnées du règlement correspondant.