



## BULLETIN D'INSCRIPTION

Inscription en ligne sur [www.sfcr.fr](http://www.sfcr.fr)

Nom : ..... Prénom : .....

Etablissement : .....

Adresse établissement : .....

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

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

Email (pour confirmation rapide) : .....

Chirurgien orthopédiste     Neurochirurgien     MPR     Autre

### Droits d'inscription au Congrès

- Membres .....
- Non membres .....
- Chefs de cliniques en activité .....
- Internes (sur justificatif) .....
- Soignant .....
- Médecins MPR .....

### Tarifs

- 430€ .....
- 530€ .....
- 110€ .....
- Gratuit .....
- 150€ .....
- 220€ .....

### Sur place

- 480€ .....
- 580€ .....
- 160€ .....
- Gratuit .....
- 200€ .....
- 270€ .....

**TOTAL INSCRIPTION :** .....

€

**CONDITIONS D'ANNULATION :** Toute demande d'annulation devra nous parvenir par e-mail à [congres@sfcr.fr](mailto:congres@sfcr.fr)  
Aucun remboursement après le 30/04/18

### RÈGLEMENT :

**PAIEMENT PAR CHÈQUE BANCAIRE** (en euros) libellé à l'ordre de **SFCR**

**PAR CARTE BANCAIRE**

N° \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_ / \_\_\_\_

Cryptogramme (3 derniers chiffres au dos de votre carte) \_\_\_\_

Nom du porteur : .....

Nous vous prions de bien vouloir compléter ce document et le retourner avant le 15 mai 2018, accompagné d'un versement de la totalité du montant de l'inscription à :

Signature