

Bulletin d'Inscription

Inscription en ligne sur 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
- Dîner du congrès
- Dîner du congrès internes

Tarifs

- 430€
- 530€
- 110€
- Gratuit
- 150€
- 220€
- 50€
- 30€

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
Aucun remboursement après le 15/05/2021

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 15/05/2021, accompagné d'un
versement de la totalité du montant de l'inscription à :

