

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

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
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 :

SFCR - Anne CAPELLE
52, Rue Breteuil - 13006 Marseille
email : congres@sfcr.fr



Signature