

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

## BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom : ..... Prénom : .....

Etablissement : .....

Adresse établissement : .....

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

Tél. : ..... Fax : .....

Email : .....

Chirurgien orthopédiste     Neurochirurgien     MPR     Autre

### Droits d'inscription au Congrès

- Membres .....
- Non membres .....
- CCA/Assistants .....
- Internes/Dr Juniors (sur justificatif) .....
- Membres honoraires .....
- Soignant .....
- Médecins MPR / Rhumatologues .....
- Dîner du congrès .....
- Dîner du congrès internes .....

### Tarifs

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

### Sur place

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

**TOTAL INSCRIPTION :**

..... €

**Droits ouverts par l'inscription :**

- L'accès aux sessions scientifiques
- L'accès à l'espace d'exposition
- Les sessions de l'industrie
- Les pauses cafés
- Les buffets déjeuner
- Le sac du congrès

**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 30/04/2024

**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  
29/04/2023, 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](mailto:congres@sfcr.fr)

Signature