

BULLETIN D'INSCRIPTION

Participant : Pr Dr Mme Mlle M
Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Pays :
Tél : Fax :
Email :
Profession :

AVANT LE 7 MARS 2016 :

- 150€ membre de la SIRV
 200€ non membre

APRÈS LE 7 MARS 2016 :

- 250€ pour tous

CLOTURE DES INSCRIPTIONS : 4 AVRIL 2016

INSCRIPTION À LA SOIRÉE DE GALA DU VENDREDI 3 JUIN 2016 :

- 70€ par personne

Nombre de personnes

Un justificatif de paiement sera remis sur place lors du Congrès, établi à l'adresse indiquée sauf si vous mentionnez ci-après une autre adresse de facturation :

Organisme / Hôpital :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

Fiche d'inscription à retourner complétée & accompagnée de votre règlement établi à l'ordre de la SIRV à :

Olivier Lebreil

7 bis, route de Doué- 49700 Ambillou-Château

Contact : congres-sirv-angers2016@orange.fr

17^{ème}
CONGRÈS
DE LA SIRV
3 & 4 juin
2016