

Bulletin d'inscription

à retourner à : COMM Santé
76, rue Marcel Sembat - 33323 Bègles Cedex
Tél. 05 57 97 19 19 - Fax : 05 57 97 19 15
info@comm-sante.com

Attention : seules les demandes d'inscription accompagnées d'un règlement ou certifiées prises en charge par la formation seront traitées.

5^{ème}
**Colloque Aquitain
de Soins Palliatifs et
d'Accompagnement**

Samedi 11 octobre 2014
AGEN - Centre des Congrès

IDENTITÉ

Dr Pr M Mme

Nom : _____ Prénom : _____

• **PROFESSION** Cocher votre choix

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aide-Soignant(e) | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute |
| <input type="checkbox"/> Assistant(e) social(e) | <input type="checkbox"/> Médecin |
| <input type="checkbox"/> Bénévole | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Cadre de santé | <input type="checkbox"/> Psychomotricien(ne) |
| <input type="checkbox"/> Étudiant(e) | <input type="checkbox"/> Autres (Préciser) : _____ |
| <input type="checkbox"/> Infirmier(e) | |

• **SPÉCIALITÉ** Cocher votre choix

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Cancérologie |
| <input type="checkbox"/> Douleur |
| <input type="checkbox"/> Gériatrie |
| <input type="checkbox"/> Pédiatrie |
| <input type="checkbox"/> Soins palliatifs |
| <input type="checkbox"/> Autres (Préciser) : _____ |

Structure / Association : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Fax : _____

E-mail obligatoire : _____

L'inscription ne sera effective qu'avec la transmission de l'email direct du participant

À REMPLIR DANS LE CADRE D'UNE PRISE EN CHARGE

Établissement : _____

Adresse de facturation : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Fax : _____

E-mail obligatoire : _____

Ne remplace pas l'email du participant. La confirmation de son inscription vous sera également adressée par e-mail.

DEMANDES GÉNÉRALES

Demande de convention uniquement pour les organismes prenant en charge les participants.

Demande de convention : oui* non (*si oui, vous devez sélectionner le tarif formation continue)

Numéro formateur COMM Santé : 723 304 095 33

DROITS D'INSCRIPTION

Sont inclus dans le coût d'inscription : l'accès aux conférences plénières, aux ateliers et à l'exposition. Les documents de travail (programme) vous seront remis sur place avec une attestation de présence et un badge. Toutes les inscriptions individuelles devront être réglées impérativement dans les 15 jours qui suivent l'inscription.

	INSCRIPTION STANDARD ⁽¹⁾ JOURNÉE 9H00-17H30	APRÈS-MIDI ⁽²⁾ 14h15-17h30
Tarif Médecin	<input type="checkbox"/> 145 €	<input type="checkbox"/> 85 €
Tarif Professionnel autre soignant (infirmier(e), psychologue, kiné, ...)	<input type="checkbox"/> 75 €	<input type="checkbox"/> 40 €
Tarif Etudiants*, Bénévoles	<input type="checkbox"/> 35 €	<input type="checkbox"/> 20 €
Tarif Formation continue	<input type="checkbox"/> 160 €	<input type="checkbox"/> 90 €

* sur présentation de justificatif obligatoire

1 - Accès aux conférences plénières et à 2 ateliers ou à la session pédiatrie

2 - Accès à la session ateliers et aux conférences de l'après-midi

SOUS-TOTAL 1 = | _____ | €

PRÉ-INSCRIPTION SESSION ATELIERS - Samedi 11 octobre

Veillez numéroter vos choix par ordre de priorité. Le nombre de places étant limité, les inscriptions aux ateliers seront traitées par ordre d'arrivée. Nous vous invitons à vérifier vos affectations dans le mail de confirmation qui vous sera envoyé dès validation de votre inscription.

SESSION ATELIERS Matin

- ATELIER 1 : Coordination des acteurs
dans les différents lieux de vie
- ATELIER 2 : Famille, Proches, Aidants
- ATELIER 3 : Complémentarité et articulation
des différents lieux de vie
- ATELIER 4 : Soins du corps et approches corporelles
- ATELIER 5 : Innovations thérapeutiques,
mise au point et recherche
- ATELIER 6 : Gériatrie

SESSION ATELIERS Après-midi

- ATELIER 1 : Coordination des acteurs
dans les différents lieux de vie
- ATELIER 2 : Famille, Proches, Aidants
- ATELIER 3 : Complémentarité et articulation
des différents lieux de vie
- ATELIER 4 : Soins du corps et approches corporelles
- ATELIER 7 : Pédiatrie
- ATELIER 8 : Personnes atteintes de handicap
en fin de vie

DÉJEUNER DU CONGRÈS - Samedi 11 octobre - 12h45

Une lunch box vous est proposée au tarif de 15€.

Attention, ce déjeuner est disponible uniquement en prévente (pas d'achat sur place).

Je souhaite réserver mon déjeuner OUI NON

SOUS-TOTAL 2 = | _____ | €

TOTAL GENERAL 1+2 = | _____ | €

MODE DE RÈGLEMENT

Les factures sont envoyées systématiquement à l'issue de votre participation au congrès. Les bulletins sans justificatif de paiement ne pourront pas être pris en considération. Aucune inscription ne sera acceptée par téléphone.

- Par chèque bancaire à l'ordre de COMM Santé
- Par virement bancaire - Précisez le nom de l'émetteur :

Code banque : 10907 - Code guichet : 00001

Compte N° : 15821119597 - Clé RIB : 16

Adresse SWIFT : CCBPFRPPBDX

Date, signature et cachet :

CONDITIONS D'ANNULATION

Aucun remboursement des frais d'inscription ne sera effectué après le 11 septembre 2014. Tout événement extérieur entravant le bon déroulement de cette manifestation ne donnera lieu à aucun remboursement. Les remboursements seront tous effectués après la date de la manifestation. Seule une annulation signifiée (par lettre, télécopie, e-mail) au Secrétariat du congrès avant le 11 septembre 2014 minuit, entraînera la non facturation des structures et le remboursement des sommes versées, déduction faite de 30 euros pour frais de dossiers.