BULLETIN D'INSCRIPTION

Merci de retourner ce formulaire au plus vite et **avant le 23 avril 2010**
pour bénéficier du tarif préférentiel à
JMT SFAR 2010 c/o MCI France – 24 rue Chauchat – 75009 Paris - Fax : +33 (0) 1 53 85 82 83

Inscrivez-vous rapidement et simplement sur le site www.jmtsfar.com !

A/ PARTICIPANT

❒ Pr ❒ Dr ❒ Mr ❒ Mme ❒ Mlle

Nom : ..... Prénom : .....

Institution : .....

Service : .....

Adresse : .....

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

Tel : ..... Fax : .....

Email : .....

SEXE : ❒ M ❒ F TRANCHE D'AGE : ❒ <30 ❒ 31-40 ❒ 41-50 ❒ 51-60 ❒ >60

TYPE D'EXERCICE : ❒ Anesthésie ❒ Réanimation ❒ Centre de la douleur ❒ SAMU ❒ Urgences hospitalières ❒ Autres

LIEU D'EXERCICE : ❒ CHG ❒ CHU ❒ Etablissement Privé ❒ Etablissement PSPH ❒ Autres : (précisez svp) : .....

❒ Je ne souhaite PAS que mes coordonnées soient diffusées ultérieurement à des fins commerciales

B/ DROITS D'INSCRIPTION (Droits non assujettis à TVA)

CATEGORIES D'INSCRIPTION	Avant le 23 avril 2010 inclus	A partir du 24 avril 2010
Membre SFAR	**☐ 60 €**	**☐ 80 €**
Interne abonné AFAR - SFAR	**☐ 60 €**	**☐ 80 €**
Non membre SFAR	**☐ 120 €**	**☐ 150 €**
	TOTAL DROITS D'INSCRIPTION: .... €	

C/ TRANSPORT

☐ Je souhaite recevoir ..... fichet(s) de réduction SNCF (aller-retour)
(Pour connaître les conditions spéciales pour le transport aérien, veuillez consulter le **site web www.sfar.org)**

D/ REGLEMENT

MONTANT TOTAL : ..... €

☐ En espèces
☐ Par chèque bancaire ou postal joint, à l'ordre de **SFAR 2010 / MCI France**
☐ **Par virement bancaire, à l'ordre de SFAR 2010 / MCI France**
Crédit Lyonnais – Crédit Lyonnais Paris La Fayette - 59 rue La Fayette - 75009 Paris - France
Code banque : 30002 – Code agence : 05666 – Compte N° : 000 00 60224S - Clé 16 - BIC : CRLYFRPP
IBAN : FR18 3000 2056 6600 0006 0224 S16 - *Frais bancaires à votre charge*
☐ **Par carte** ☐VISA ☐ EUROCARD ☐MASTERCARD ☐ AMERICAN EXPRESS
N° : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

N° de contrôle : I__I__I__I__I
(3 derniers chiffres au dos de la VISA/MASTERCARD – 4 derniers chiffres sur le devant de l'AMEX)

Nom du titulaire : .....…. Date d'expiration (n'oubliez pas !) : ____/____

J'autorise MCI France à débiter ma carte de : ..... €

☐ J'accepte les conditions d'inscription et de règlement à cette journée telles que stipulées dans le programme et accepte de m'y conformer.

SIGNATURE :**

** OBLIGATOIRE. Nous vous remercions de signer, que vous régliez par carte, chèque ou virement. Les bulletins sans signature ne pourront être traités.

La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), sise 74 rue Raynouard, 75016 Paris, a mandaté la Société MCI France pour l'organisation de la Journée Monothématique 2010 et la perception des droits d'inscription.