BULLETIN D'INSCRIPTION

Bulletin à renvoyer à :
AFIDTN/ REIMS
Av. des Hauts Grigneux - Im. Mach 7
76420 Bihorel
ou par mail : **a.ferrand@afidtn.com**
ou s'inscrire sur le site **www.afidtn.com**
Renseignements au
02 35 59 87 66 - fax: 02 35 59 86 25

Civilité : ☐ Madame ☐ Mademoiselle ☐ Monsieur

Nom : ..... **Prénom** : .....

Adresse personnelle : .....

Code postal : |__|__|__|__|__| **Ville** : ..... **Pays** : .....

Téléphone : ..... **Fax** : ..... **E-mail** : .....

Fonction : .....

Adresse professionnelle *(obligatoire)* : .....

.....

Code postal : |__|__|__|__|__| **Ville** : ..... **Pays** : .....

Téléphone : ..... **Fax** : ..... **E-mail** : .....

Service : ☐ Hémodialyse ☐ Néphrologie ☐ Transplantation ☐ Autre *(précisez)* : .....

Fonction : .....

Adresse d'envoi du courrier : ☐ Personnelle ☐ Professionnelle

N° d'agrément AIR FRANCE : 27088AF **Réservations : http://www.airfranceklm-globalmeetings.com/?eid=27088AF**

Je souhaite recevoir le coupon de réduction SNCF ☐ oui ☐ Non

Date et signature du participant *(obligatoire dans tous les cas) :*

Libellé	Quantité			Prix Unitaire	Montant	Prise en charge (O/N)*	Préciser le nom de l'organisme de prise en charge
Inscription Adhérent jusqu'au 9 Mai 2015				697 €			
Inscription Non Adhérent jusqu'au 9 Mai 2015				817 €			
Inscription Adhérent à partir du 10 Mai 2015				797 €			
Inscription Non Adhérent à partir du 10 Mai 2015				897 €			
Le déjeuner *(préciser jour)*	M	J	V	25 €			

Adresse : .....

Code postal : |__|__|__|__|__| **Ville** : ..... **Pays** : .....

Téléphone : ..... **Fax** : ..... **E-mail** : .....

Représenté(e) par : Mme, Melle, Mr : ..... **Fonction** : .....

Accepte de prendre en charge les prestations mentionnées ci-dessus

Conditions de confirmation d'inscription : L'inscription ne pourra être effective qu'à la réception du paiement des frais pédagogiques ou de la convention signée par l'organisme de prise en charge. Toute inscription non confirmée par règlement ou convention signée sera considérée comme nulle.

Conditions d'annulation : Pour toute annulation :
- facturation des frais de dossier.
- jusqu'à 30 jours calendaires avant le début de chaque session, 30 % du coût de la prestation.
- de 30 à 10 jours calendaires avant le début de chaque session, 50 % du coût de la prestation.
- pour toute annulation, fût-ce en cas de force majeure, moins de 10 jours francs ouvrables avant le début du stage, le montant de la participation restera immédiatement exigible à titre d'indemnité forfaitaire.

Si vos prestations ne sont pas prises en charge par un organisme payeur :
Vous devez OBLIGATOIREMENT joindre votre règlement

☐ **Chèque à l'ordre de l'AFIDTN**

☐ **Virement sur le compte** Société Générale - N°00037273493 - clé 67 – code banque : 30003 – code guichet : 01787
TVA intra : FR 78344352059 - IBAN FR76 30003 01787 0003727349367 – BIC : SOGEFRPP
(L'identifier en rappelant svp le N° de la facture)

☐ **Carte bancaire** |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| **Date d'expiration :** **Mois** |__|__| *Année* |__|__|
(Visa, American Express, MasterCard)

N° du cryptogramme *(3 derniers chiffres au dos de la carte)* |__|__|__|

Nom, prénom et signature du titulaire de la carte *(si différent)* **:**

Date, signature :

(Pour les Sociétés, Laboratoires, autres, Nom du signataire et cachet)