BULLETIN D'INSCRIPTION – Médecins exerçant hors Algérie

Les champs marquées d'une* sont obligatoire. Merci de remplir un bulletin par personne.

*Titre ☐M. ☐Mme ☐Melle

*Nom _____

*Prénom _____

*Institution _____

*Spécialité _____

*Service _____

*Adresse _____

*Code postal _____ *Ville _____

*Pays _____

*Tél. _____ Fax _____

*Email _____

*Date d'arrivée _____

*Date de départ _____

Les repas

	09/11/12	10/11/12
Participation Déjeuner /pers	☐20 €	☐20 €
Diner du congrès/pers	☐40 €	

L'inscription

Participants exerçant en France	Inscription avant le 30/09/12	Inscription après le 30/09/12
Médecins	☐150 €	☐200 €
Internes*	☐30 €	☐50 €

*Merci de fournir un justificatif

Les frais d'inscription donnent droit :

- Aux conférences, ateliers et symposia
- A la sacoche du congrès
- Aux pauses-café qui se dérouleront dans la salle d'exposition

L'hébergement

Si vous souhaitez réserver une chambre d'hôtel, merci de contacter directement le **Sheraton Oran Hotels and Tower** :

Route Des Falaises Avenue · Canastel Seddikia · Oran · Algeria ·
Téléphone: +213-41-590100
Fax : +213-41-590101

Mail : sheraton.oran@sheraton.com
Site internet : www.sheratonoran.com

Montant total à verser :

Total inscription	**€**
Total repas	**€**
Montant total	**€**

Le paiement

Tout paiement doit être fait en Euros, les frais bancaires sont à la charge du participant.

☐ **Par Carte de Crédit (CB, VISA, MASTERCARD, EUROCARD seulement) :**

Je vous autorise à débiter ma carte de crédit : €

N° ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! Date d'expiration ! ! ! ! !

Cryptogramme: ! ! ! !
(*les trois derniers chiffres au dos de votre carte près de votre signature*)

Pour un montant de _____ €uros.

*Fait à : _____

*Date : _____

*Signature (obligatoire):

☐ **Par Virement Bancaire :**
Merci de contacter l'AGENCE MO :
e.decombe@agence-mo.com

☐ **Par Chèque :**
Chèque à l'ordre de MO/ SFAP

A retourner à M&O Organisation
21 rue de la Varenne - 63122 CEYRAT - France
☎ +33 (0)4 73 61 51 88 ☎ +33 (0)4 73 61 51 39
E-mail: d.decombe@agence-mo.com