



A Compléter et à retourner à Vanessa MALLERET – Assistante des RCSF 2019 – 7 cité des peupliers – 81206 BRASSAC
Tél. 06 21 66 69 05 – E-mail : rscsf@yahoo.com

⌘ IDENTITE

Titre : Pr Dr Mme Mr

Nom : ----- Prénom : -----

Fonction : Médecin hospitalier Médecin Libéral Cadre de Santé
 Infirmière Aide-Soignante Directeur d'établissement
 Autre : -----

Spécialité : Oncologie Médicale Psycho-oncologie Chirurgie
 Gynécologie Sexologie Psychiatrie
 Autre : -----

Adresse Professionnelle : -----

Code Postal : ----- Ville : ----- Pays : -----

Tél. ----- E mail obligatoire : -----

⌘ MODALITES d'INSCRIPTION

Les droits d'inscription comprennent la participation :

- Aux ateliers du jeudi 31 janvier 2019
- A la journée Plénière du vendredi 1^{er} février 2019
- Aux pauses café et à la pause déjeuner du vendredi 1^{er} février 2019

	INSCRIPTION CONGRES (avant le 20/12/18)	INSCRIPTION CONGRES (après le 20/12/18)
Droits d'inscription Equipe ***	<input type="checkbox"/> 350 €	<input type="checkbox"/> 400 €
Droits d'inscription Plein Tarif	<input type="checkbox"/> 280 €	<input type="checkbox"/> 330 €
Droits d'inscription Membres AFSOS et Sociétés Partenaires*	<input type="checkbox"/> 190 €	<input type="checkbox"/> 240 €
Droits d'inscription Etudiants**	<input type="checkbox"/> 50 €	<input type="checkbox"/> 75 €

*SALF, AFU, CECOS, AIUS, Société Française d'Oncologie Gynécologique.

**Etudiants en sexologie, DESC d'Andrologie ou DESC Médecine de la Reproduction.

*** A partir de deux personnes inscrites par le même établissement.

Participation (cocher les cases correspondantes) :

- Aux Ateliers du jeudi 31 janvier 2019
- A la journée Plénière du vendredi 1^{er} février 2019
- Au déjeuner du vendredi 1^{er} février 2019

TOTAL A REGLER :	€
-------------------------	----------

⌘ MODALITES de PAIEMENT

? Attention, seules les demandes d'inscription accompagnées de paiement seront traitées.

- Par **chèque Bancaire** à l'ordre de l'Association ROSA (obligatoirement en euros)*
- Par **virement Bancaire** : Cf RIB ci-joint (merci de préciser le numéro de facture sur le virement bancaire)



Relevé d'Identité Caisse d'Épargne

Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande, à vos créanciers ou débiteurs appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virement, paiement de quittance, etc.).
Son utilisation vous garantit le bon enregistrement des opérations en cause et vous évite ainsi des réclamations pour erreurs ou retards d'imputation.

13825	00200	08003112716	29	CE RHONE ALPES
c/étab	c/guichet	n/compte	c/rice	domiciliation

IBAN

FR76	1382	5002	0008	0031	1271	629
------	------	------	------	------	------	-----

BIC

C	E	P	A	F	R	P	P	3	8	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Intitulé du compte **ASS ROSA**

CHAMBERY COLONNE
14 BOULEVARD DE LA COLONNE
73000 CHAMBERY
TEL : 04.57.36.30.04

CENTRE HOSPITALIER
7 SQUARE MASSALAZ
SERVICE D UROLOGIE
73000 CHAMBERY

**Le paiement par chèque bancaire à l'ordre de « Association ROSA » est à adresser par courrier postal avec bulletin d'inscription à Vanessa Malleret – Assistante des RCSF 2019 – 7 cité des peupliers – 81260 BRASSAC*

⌘ CONDITIONS d'ANNULATION

Jusqu'au 31/12/18, remboursement avec retenue de 30 euros de frais de dossier. A partir du 31/12/18, aucun remboursement ne sera effectué. Tout évènement extérieur entravant le bon déroulement de cette manifestation donnera lieu à aucun remboursement. L'annulation doit être adressée par courrier. Les remboursements seront effectués après la date de la manifestation.

Date et signature
