

Forum des professionnels de la g erontologie et du handicap

26>28 mai 2009 – Paris Expo Porte de Versailles

BULLETIN D'INSCRIPTION

A remplir lisiblement et à retourner au plus tard le 4 mai 2009 à :
SPH Conseil
1 bis rue Cabanis – 75993 Paris cedex 14 – Fax : 01.44.06.84.45

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom Prénom

Fonction

Management hospitalier

Directeur d'établissement Directeur adjoint Directeur des soins
 Responsable de pôle DSIO, DIM, Directeur informatique Cadre de santé
 Personnel soignant Chef de service

Personnel médical et para médical

Médecin hospitalier Pharmacien hospitalier IDE, IADE, IBODE

Industriel et prestataire

Fabricant Distributeur et pharmacien d'officine Prestataire de service

Etablissement

CHU CH CHS HL MR CMLS SSIAD EHPAD

Autre

Téléphone professionnel : E-mail :

Je demande mon inscription pour : 1 jour 2 jours 3 jours

Date de participation : 26 mai 27 mai 28 mai

Je souhaite recevoir un ficher de réduction SNCF : oui non

Conditions tarifaires (non soumis à TVA)

Personnel hospitalier		Autre	
Forfait 1 jour	Forfait 3 jours	Forfait 1 jour	Forfait 3 jours
<input type="checkbox"/> 200 �	<input type="checkbox"/> 290 �	<input type="checkbox"/> 300 �	<input type="checkbox"/> 390 �

Ce tarif comprend : documentation, visite du salon, accès aux conférences

Ce tarif ne comprend pas : transport, hébergement, repas

Si vous êtes inscrits au Forum des professions de la g erontologie et du handicap, profitez d'un tarif d'inscription préférentiel pour accéder au Congrès Hit Paris 2009 qui se déroule aux mêmes dates, dans le même lieu.

Je demande mon inscription pour les conférences de Hit Paris 2009, Congrès Européen des systèmes d'information de santé. Programme des sessions sur www.health-it.fr

Hospitaliers + 50   Autres +100  

Modalités de règlement

Paiement joint A facturer à l'établissement Autres organismes

Les paiements joints par chèque bancaire ou postal sont à libeller à l'ordre de : **SPH Conseil**

Adresse de facturation :

Service

Adresse

Code Postal Ville

Date

Bon pour accord du Chef de l'établissement

Signature du participant