



## BULLETIN D'INSCRIPTION

### Coordonnées

Genre : Mr  Mme  Pr  Mme

Prénom : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

Société / Institution / Hôpital : \_\_\_\_\_

Service/ Département : \_\_\_\_\_

Avenue / Boulevard / Rue : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ Mobile.: \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

N° RPPS (obligatoire pour les médecins) : \_\_\_\_\_

### Droits d'inscription

Les tarifs indiqués sont exprimés en Euros TTC (TVA 20%).

Les droits d'inscription incluent l'accès aux conférences, à l'exposition et à la restauration

	Jusqu'au 30 avril	A partir du 1 <sup>er</sup> mai
Médecins UE	<input type="checkbox"/> 85 €	<input type="checkbox"/> 110 €
Médecins hors UE	<input type="checkbox"/> 65 €	<input type="checkbox"/> 90 €
Internes*	<input type="checkbox"/> 25 €	<input type="checkbox"/> 25 €
Industriels non partenaires	<input type="checkbox"/> 85 €	<input type="checkbox"/> 110 €
Montant total :		

\*Les tarifs préférentiels sont accordés exclusivement sur envoi d'un justificatif.

### Règlement : les inscriptions sont enregistrées à réception du paiement

1. S'inscrire en ligne

CARTE BLEUE | VISA | MASTERCARD

Paiement sécurisé depuis [www.sfnadt.org](http://www.sfnadt.org)

2. Payer par chèque

Compléter ce bulletin d'inscription et adressez-le au Secrétariat d'organisation accompagné de votre chèque libellé à l'ordre de « HOPSCOTCH CONGRÈS »

HOPSCOTCH CONGRÈS / Universités d'été de la Dialyse 2018, 23/25 rue Notre-Dame des Victoires, 75002 Paris | France

**Conditions d'annulation** : Toute annulation doit être signifiée par écrit à HOPSCOTCH CONGRÈS. Le cachet de la Poste fait foi pour la détermination des montants remboursables. Jusqu'au 30/04/18, 50 € sont retenus au titre de frais de dossier (10€ pour les internes). Passé cette date, les frais d'inscription ne sont pas remboursés, et ce, quel qu'en soit le motif. Les remboursements sont effectués après le congrès.