



5<sup>ème</sup>

# Rachis Aquitaine Congrès

## LA LOMBALGIE DANS TOUS SES ÉTATS

**A retourner  
accompagné du règlement  
avant le 25 mars 2019 à :**

COMM Santé – 5<sup>e</sup> RAC  
76 rue Marcel Sembat  
33 323 BÈGLES cedex  
Tél : 05 57 97 19 19  
Fax : 05 57 97 19 15  
priscilla.pitrel@comm-sante.com  
**INSCRIPTION EN LIGNE :**  
[www.ampra.fr](http://www.ampra.fr)

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

### IDENTITÉ

Pr  Dr  M.  Mme

Nom ..... Prénom .....

Organisme .....

Service .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél ..... Fax .....

E-mail (obligatoire pour recevoir une confirmation) .....

#### Profession :

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chirurgien orthopédiste                              | <input type="checkbox"/> Masseur-kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Médecin conseil                     | <input type="checkbox"/> Médecin du sport |
| <input type="checkbox"/> Médecin du travail                                   | <input type="checkbox"/> Médecin généraliste      | <input type="checkbox"/> Médecin physique et de réadaptation | <input type="checkbox"/> Neuro-chirurgien |
| <input type="checkbox"/> Neurologue   | <input type="checkbox"/> Podologue                | <input type="checkbox"/> Radiologue                          | <input type="checkbox"/> Rhumatologue     |
| <input type="checkbox"/> Représentant d'une société non partenaire du congrès | <input type="checkbox"/> Autre - Préciser : ..... |  |   |

#### Avez-vous participé aux précédentes éditions du Rachis Aquitaine Congrès ?

Si oui, lesquelles :  2017  2015  2013

#### Si non, comment avez-vous connu le congrès :

Programme imprimé  Internet  Opération de promotion  Bouche à oreille  Autre : .....

### MODALITÉS D'INSCRIPTION

- **Participant individuel** : inscription effective après réception du présent formulaire complété et accompagné du règlement.
- **Inscription prise en charge par un établissement** : inscription effective après réception du présent formulaire complété revêtu du cachet de l'établissement et /ou accompagné d'un bon de commande.
- **Inscription sur place** : le tarif majoré sera appliqué.

## TARIFS

Médecins	150€ €	Formation continue	200€
Masseurs-kinésithérapeutes et autres professionnels de santé	130€ €	Représentants de sociétés non partenaires du congrès	190€
Etudiants, internes (joindre un justificatif)	50€ €	Inscription sur place (tarif unique majoré)	170€

Les droits d'inscription incluent : l'accès aux sessions scientifiques et aux ateliers, les pauses-café, le déjeuner.

## À REMPLIR EN CAS DE PRISE EN CHARGE

N° d'agrément COMM Santé : 723 304 095 33

Organisme payeur .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél ..... Fax .....

E-mail (obligatoire pour recevoir une confirmation) .....

Cocher cette case pour recevoir une convention de formation

## INSCRIPTION

Aux communications

Au cocktail-déjeuner

Aux ateliers

Les ateliers seront organisés en parallèle. Chaque participant aura la possibilité d'assister successivement aux trois ateliers.

## RÈGLEMENT

Par chèque bancaire en euros à l'ordre de COMM Santé

Par virement bancaire :

Code banque : 10907 - Code guichet : 00001

N° de compte : 520 21 042825 - Clé RIB : 67

IBAN : FR76 1090 7000 0152 0210 4282 567 - BIC : CCBPFRPPBDX

Domiciliation : BPACA BX TOURNY

Frais de virement à la charge de l'émetteur

## CONDITIONS D'ANNULATION

Sur demande écrite exclusivement :

- Jusqu'au 25/03/2019, remboursement avec retenue de 20 € pour frais de dossier.
- A partir du 26/03/2019, aucun remboursement.

Les remboursements seront effectués après le congrès.

Tout événement extérieur entravant le bon déroulement de la manifestation ne donnera lieu à aucun remboursement.

Date : ..... / ..... / .....

Signature :

Cachet :