



FORMULAIRE D'INSCRIPTION



**A retourner accompagné du règlement ou d'un bon de commande
avant le 25 octobre 2024 à :**

COMM Santé - 13e JBDP
32 rue Eugène Olibet - F 33400 TALENCE
Tél : 05 57 97 19 19
domitille.bergot@comm-sante.com



INSCRIPTION EN LIGNE : www.jbdp.fr

IDENTITÉ

Pr Dr M. Mme

Nom : Prénom :

Organisme :

Service :

Adresse :

CP : Ville :

Tél direct : Mobile :

E.mail (obligatoire pour recevoir une confirmation):

PROFESSION

Aide-soignant/e	Cadre de santé	Dermatologue
Dermatologue pédiatrique	Etudiant/e - Externe	Puériculteur/trice
Infirmier/ère	Infirmier/ère puériculteur/trice	Interne
Médecin généraliste	Médecin de PMI	Médecin de santé publique
Médecin scolaire	Autre, préciser :	

Avez-vous participé aux précédentes éditions des JBDP ?

Si oui, lesquelles : 2023 2022 2021

À REMPLIR EN CAS DE PRISE EN CHARGE

Organisme payeur :

Nom - Prénom du contact référent :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. :

E.mail (obligatoire pour recevoir une confirmation):

MODALITÉS D'INSCRIPTION

DROITS D'INSCRIPTION (TARIFS NET)*

Médecins	Avant le 25/10	Sur place
Membres AERDBM, SFPD, ESPD	160,00 €	190,00 €
Non membres	190,00 €	210,00 €
Internes - Etudiants/es	70,00 €	100,00 €
Professionnels para-médicaux	100,00 €	130,00 €
Formation continue	250,00 €	/

* Incluant : l'accès aux sessions scientifiques, les pauses-café le cocktail-déjeunatoire.

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

DONNÉES GÉNÉRALES

Participation :

Sessions du matin

Sessions de l'après-midi

Cocktail déjeunatoire

Inscription dans le cadre de la FMC :

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

Souhaite recevoir une convention de formation

RÈGLEMENT

Montant €

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

Par virement bancaire :

Code banque : 10907 - Code guichet : 00001

N° de compte : 02021273181 - Clé RIB : 83

IBAN : FR76 1090 7000 0102 0212 7318 183

BPACA BX TOURNY

Préciser le nom de l'émetteur afin d'identifier le règlement.

CONDITIONS D'ANNULATION

Sur demande écrite exclusivement :

- Jusqu'au 25/10/2024, remboursement avec retenue de 20 € pour frais de dossier,
- A partir du 26/10/2024, aucun remboursement.

Les remboursements seront effectués après le congrès.

Tout événement extérieur entravant le bon déroulement du congrès ne donnera lieu à aucun remboursement.

PROTECTION DES DONNÉES

Conformément à ses engagements et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), COMM Santé collecte les données personnelles pour la gestion des inscriptions au congrès et pour son bon déroulement. COMM Santé garantit la confidentialité et la sécurité des données personnelles.

Les participants peuvent accéder aux données les concernant, demander leur effacement et disposer d'un droit d'opposition, de rectification et de limitation de leur traitement.

Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives au traitement des données personnelles, conformément aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Le :

Signature :