

11^{ème}
CONGRÈS
de la **S**ociété
de **G**érontologie
de **B**ordeaux et
du **S**ud-**O**uest



Les parcours de soins

Relations ville-hôpital-institutions

16 et 17
SEPT. 2021

PESSAC
Institut
des Métiers
de la Santé

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

**À RETOURNER accompagné du règlement
avant le 1^{er} septembre 2021 à :**

COMM Santé - 11^{ème} congrès de la SGBSO
76 rue Marcel Sembat - 33 323 BÈGLES cedex
Tél : 05 57 97 19 19 - Fax : 05 57 97 19 15
info@comm-sante.com

**INSCRIPTION
EN LIGNE :**
www.congres-sgbsso.com

IDENTITÉ

Pr Dr M. Mme

Nom : Prénom :

Organisme :

Service :

Adresse :

CP : Ville :

Tel : Fax :

E.mail (obligatoire pour recevoir une confirmation) :

.....

Profession

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant/e | <input type="checkbox"/> Infirmier/ère | <input type="checkbox"/> Pilote MAIA |
| <input type="checkbox"/> Assistante sociale | <input type="checkbox"/> Médecin-conseil | <input type="checkbox"/> Psychiatre |
| <input type="checkbox"/> Cadre de santé | <input type="checkbox"/> Médecin coordonnateur | <input type="checkbox"/> Psycho-géiatre |
| <input type="checkbox"/> Directeur/trice d'établissement | <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Psychomotricien/ne |
| <input type="checkbox"/> Directeur/trice des soins | <input type="checkbox"/> Médecin interniste | <input type="checkbox"/> Responsable associatif |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute | <input type="checkbox"/> Médecin de soins palliatifs | <input type="checkbox"/> Rhumatologue |
| <input type="checkbox"/> Géiatre | <input type="checkbox"/> Neurologue | <input type="checkbox"/> Autre - Préciser : |
| <input type="checkbox"/> Gestionnaire de cas | <input type="checkbox"/> Pharmacien/ne | |

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.

DROITS D'INSCRIPTION

TARIFS NET *

AVANT LE 01/09/2021

SUR PLACE

MEMBRES DE LA SGBSO (à jour de leurs cotisations)

Médecins	140 €	160 €
Professionnels para-médicaux	60 €	80 €

NON MEMBRES DE LA SGBSO

Médecins	180 €	200 €
Professionnels para-médicaux	90 €	110 €

ETUDIANTS - INTERNES

(sur présentation d'un justificatif)

	50 €	70 €
--	------	------

FORMATION CONTINUE

	220 €	220 €
--	-------	-------

DÉJEUNER DU JEUDI 16 SEPTEMBRE

	17 €	17 €
--	------	------

SOIRÉE DU JEUDI 16 SEPTEMBRE

Incluant : cocktail dînatoire, animation musicale

	50 €	50 €
--	------	------

* Les droits d'inscription incluent : l'accès aux sessions scientifiques, aux ateliers, et les pauses-café des deux journées.

À REMPLIR EN CAS DE PRISE EN CHARGE

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

Organisme payeur :

Adresse :

CP : Ville :

Tel : Fax :

E.mail (obligatoire pour recevoir une confirmation) :

.....

Cocher cette case pour recevoir une convention de formation

RÈGLEMENT

1/ Inscription		_____ €	} TOTAL _____ €
2/ Déjeuner du jeudi 16/09	Nbre X 17 €	_____ €	
3/ Soirée du congrès du jeudi 16/09	Nbre X 50 €	_____ €	

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

Par virement bancaire :

Code banque : 10907 - Code guichet : 00001

N° de compte : 12021273202 - Clé RIB : 67

IBAN : FR76 1090 7000 0112 0212 7320 267

BIC : CCBPFRPPBDX

Domiciliation : BPACA BX TOURNY

Frais de virement à la charge de l'émetteur

CONDITIONS D'ANNULATION

Sur demande écrite exclusivement :

> Jusqu'au 01/09/2021, remboursement avec retenue de 20 Euros pour frais de dossier

> À partir du 02/09/2021, 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 :