

# REPORT :

3 & 4 décembre 2021

Bordeaux  
Hôtel Pullman

## 21<sup>èmes</sup> Journées d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest

Interface ville ■ hôpital



A retourner accompagné du règlement  
ou d'un bon de commande  
avant le 20 novembre 2021 à :

COMM Santé - 21<sup>èmes</sup> JUPSO  
76 rue Marcel Sembat  
33328 BÈGLES cedex

Tél. : 05 57 97 19 19  
Fax : 05 57 97 19 15

sarah.stutter@comm-sante.com



### 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"/> Aide-soignant/e      | <input type="checkbox"/> Interne                   | <input type="checkbox"/> Médecin urgentiste | <input type="checkbox"/> Psychologue             |
| <input type="checkbox"/> Cadre de santé       | <input type="checkbox"/> Médecin généraliste       | <input type="checkbox"/> Neuro-pédiatre     | <input type="checkbox"/> Réanimateur pédiatrique |
| <input type="checkbox"/> Etudiant/e - Externe | <input type="checkbox"/> Médecin de PMI            | <input type="checkbox"/> Pédiatre           | <input type="checkbox"/> Autre                   |
| <input type="checkbox"/> Puériculteur/trice   | <input type="checkbox"/> Médecin de santé publique | <input type="checkbox"/> Pneumo-pédiatre    |  |
| <input type="checkbox"/> Infirmier/ère        | <input type="checkbox"/> Médecin scolaire          | <input type="checkbox"/> Pédo-psychiatre    |  |

Préciser :  
.....

#### Avez-vous participé aux précédentes éditions des JUPSO ?

Si oui, lesquelles :  2019  2018  2017  2016

Si non, comment avez-vous connu les Journées :  Programme imprimé  Internet  Opération de promotion

Bouche à oreille  Autre : .....

### À REMPLIR EN CAS DE PRISE EN CHARGE

Organisme payeur .....

Nom et prénom du contact référent .....

Adresse .....

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

Tél ..... Fax .....

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

→ INSCRIPTION EN LIGNE :  
[www.jupso.fr](http://www.jupso.fr)

## DONNÉES GÉNÉRALES

### Participation

Vendredi 3/12 Sessions scientifiques  Déjeuner-buffet

Samedi 4/12 Sessions scientifiques

### Inscription dans le cadre de la FMC

Prise en charge possible au titre de la formation continue

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

Souhaite recevoir une convention de formation

## MODALITÉS D'INSCRIPTION

- **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.

### Droits d'inscription

|  | 2 jours<br>3/12 et 4/12 | 3/12 | 4/12 |
|--|-------------------------|------|------|
| Médecins   | 190€                    | 140€ | 95€  |
| Professionnels para-médicaux   | 160€                    | 130€ | 85€  |
| Etudiants, internes, chefs de clinique<br><i>(joindre un justificatif)</i> | 90€                     | 70€  | 60€  |
| Formation continue   | 220€                    | ---  | ---  |
| Déjeuner-buffet du 3/12  | 44€                     | 44€  | ---  |
| Inscription sur place : tarif majoré                                       | 210€                    | 160€ | 110€ |

Les droits d'inscription incluent l'accès aux sessions scientifiques, les pauses-café et les documents du congrès.

**Le déjeuner-buffet du vendredi 3/12 est proposé en option payante (44 €), sur inscription préalable uniquement.**

**Aucune inscription sur place ne pourra être acceptée.**

## RÈGLEMENT

1/ Inscription  €

2/ Déjeuner-buffet du 3/12  €

**TOTAL**  €

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

Par virement bancaire

Code banque : 10907 - Code guichet : 00001

N° de compte : 25821119595 - Clé RIB : 69

IBAN : FR76 1090 7000 0125 8211 1959 569 - BIC : CCBPFRPPBDX

BPACA BX TOURNY

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

## CONDITIONS D'ANNULATION

Sur demande écrite exclusivement :

- Jusqu'au 20/11/2021, remboursement avec retenue de 30 € pour frais de dossier,
- A partir du 21/11/2021, aucun remboursement.

**Les remboursements seront effectués après le congrès.**

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

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

Signature

Cachet