ALLERGY SCHOOL

25-28 SEPTEMBRE 2009 **109378**

Lieu du congrès :
FACULTE DE MEDECINE
4, rue Kirschleger
67000 STRASBOURG

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

A renvoyer avant le 1er septembre à :

CELLULE CONGRES UDS- ALLERGY SCHOOL
19 rue du Maréchal Lefèbvre
67100 STRASBOURG
Tél 03 90 24 49 40 - Fax 03 90 24 49 41
Email congres@unistra.fr

Merci d'utiliser les lettres capitales

NOM : _____ PRENOM : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Pays : _____

Code Postal : _____ E-Mail : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

INSCRIPTION

·Séances scientifiques en pension complète (chambre simple)	Autres	600 €
	Membres (juniors)	200 €
·Séances scientifiques et repas		100 € / Jour

Total : _____ €

- Les annulations ou modifications devront être notifiées par écrit à la "Cellule Congrès UDS". Plus aucun règlement ne sera accepté après le 21 août 2009. Aucune inscription ne sera prise en compte sans le règlement. Votre inscription sera confirmée par la "Cellule Congres UDS" dès réception du règlement.

REGLEMENT

☐ Je règle par virement bancaire (joindre une copie de l'ordre de virement)
Numéro SWIFT : **BDF EFR PP XXX**
IBAN n°: **FR76 1007 1670 0000 0010 0589 948**
TVA intra-communautaire : FR 011 96 71 71 28
Banque : Trésorerie Générale Strasbourg, France

☐ J'indique le type de carte : Visa, MasterCard ou Eurocard ainsi que le numéro de la carte et la date d'expiration. Les cartes American Express ne sont pas acceptées.

☐ **Visa** ☐ **Master Card** ☐ **Eurocard**

N° de carte : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Le site n'est pas sécurisé. Merci de joindre ce bulletin d'inscription avec le numéro de carte par fax au numéro indiqué ci-dessous ou par la poste.

☐ **J'accepte que mon compte soit débité du montant total**

Merci de bien vouloir préciser les 3 derniers chiffres indiqués au dos de la carte bancaire : _____
Date d'expiration : _____

Nom du titulaire de la carte : _____

Nom du signataire de la carte : _____ Date : _____