



# BORDEREAU D'INSCRIPTION MEDECINS

1<sup>ER</sup>. CONGRES NATIONAL DE MEDECINE DU BIEN-ÊTRE  
LES RIVES D'ENGHEN & GROUPE BARRIERE - 95880 - ENGHEN LES BAINS

**23 & 24 JUN 2012**



NOM & PRENOM .....

SPECIALITE MEDICALE .....

CODE POSTAL / VILLE .....

PAYS .....

TELEPHONE / FAX .....

EMAIL OBLIGATOIRE .....

**ECRIRE EN LETTRE CAPITALE SVP - Votre confirmation d'inscription vous sera adressée par Email**

## TARIFS

	<u>Inscription avant le 29 février 2012</u>	<u>Avant le 30 Avril 2012</u>	<u>Après le 30 Avril 2012</u>	<b>TOTAL</b>
<input type="checkbox"/> Conférences 2 repas et pauses	249€	259€	279€	.....
<input type="checkbox"/> Ateliers 2 ateliers de 45mn = 1 cession	65€	65€	70€ x ... <i>Nombre de cessions souhaité</i>	.....
<input type="checkbox"/> Souhaite devenir membre de l'A.E.M.E.D pour 2012			120€	.....
<input type="checkbox"/> Gala <u>Membre AEMED</u> à jour cotisation 2011 ou 2012	50€	50€	60€ x ... <i>Nombre de personne pour le gala</i>	.....
Conférences	239€	249€	259€	.....
Ateliers	55€	60€	65€ x ...	.....
Gala	GRATUIT	GRATUIT	50€ x ...	.....
			<b>TOTAL EN Euros</b>	.....

Remboursement : demande par lettre RC avec AR - 30% du montant réglé 2 mois avant – aucun remboursement après le 30 avril 2012

## INSCRIPTIONS AUX ATELIERS : MERCI D'INDIQUER CI-DESSOUS LES ATELIERS CHOISIS (PLACES LIMITEES)

ATELIER 1/ HEURE : ..... JOUR : .....ATELIER CHOISI : .....

ATELIER 2/ HEURE : ..... JOUR : .....ATELIER CHOISI : .....

ATELIER 3/ HEURE : ..... JOUR : .....ATELIER CHOISI : .....

ATELIER 4/ HEURE : ..... JOUR : .....ATELIER CHOISI : .....

ATELIER 5/ HEURE : ..... JOUR : .....ATELIER CHOISI : .....

ATELIER 6/ HEURE : ..... JOUR : .....ATELIER CHOISI : .....

**A remplir et adresser une copie avec votre règlement par chèque en euros à ordre de l' AEMED**

**AEMED – 43 rue Spontini – 75116 PARIS – France**

N'oubliez pas de bien écrire votre email ci-dessus car votre confirmation vous sera adressée par Email

Vous souhaitez régler par **Carte Bleue** : Téléphonnez à notre secrétaire - Nathalie - Tél : (0033) 1 47 27 00 64

Vous souhaitez régler par **Virement bancaire** (au moins 15 jours avant le congrès sinon vous devrez régler impérativement sur place)

Banque : Caisse d'Épargne Ile de France – POUR COMPTE AEMED – 4 RUE AUMONT THIEVILLE – 75017 PARIS

CODE ETABLISSEMENT	CODE GUICHET	NUMERO COMPTE	CLE RIB
17515	90000	08193807440	06

DOMICILIATION	BIC
CAISSE D'ÉPARGNE ILE DE FRANCE	CEPAFRPP751

IDENTIFICATION POUR UTILISATION INTERNATIONALE (IBAN)  
FR76 1751 5900 0008 1938 0744 006

### Siège social AEMED

4 Rue Aumont Thiéville - 75017 PARIS

Téléphone : 01 47 27 00 64 & Télécopie : 01 47 55 48 66

Internet <http://www.aemed.org> - e-mail : [info@aemed.org](mailto:info@aemed.org)