

## BULLETIN D'INSCRIPTION

NOM : ..... PRENOM : .....

TÉL PERSONNEL : ..... E-MAIL : .....

TÉL PROFESSIONNEL : ..... TÉLÉCOPIE : .....

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE : .....

Déclare m'inscrire comme membre congressiste  Au 60e Congrès National des Centres de Santé

Inscription professionnelle \*  180 €

Inscription individuelle  Ci-joint mon règlement de 180 €

Ci-joint mon règlement de 50 € - Tarif réservé aux étudiants, aux chômeurs et aux retraités

\* Règlement à réception de facture

ADRESSE DE FACTURATION : .....

**ANNULATION :** Pour des raisons d'organisation aucune annulation ne sera acceptée après le **30 septembre 2020**

Fait à : ..... le : .....

Signature :

Les règlements sont à établir à l'ordre de « Congrès National des Centres de Santé »  
Bulletin à retourner à :

**CONGRÈS NATIONAL DES CENTRES DE SANTÉ**  
**65-67, rue d'Amsterdam, 75008 PARIS**  
**ou à [congrescentresante@gmail.com](mailto:congrescentresante@gmail.com)**  
**avant le 1er octobre 2020**

