

NOM : PRÉNOM :

E-MAIL DU PARTICIPANT **Obligatoire** :

TÉLÉPHONE DU PARTICIPANT :

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE :

Déclare m'inscrire comme membre congressiste ☐ au 65e Congrès National des Centres de Santé

Tarif plein *

- ☐ 2 jours : 220 €
☐ 1 jour : 130 € : 08/10/26
☐ 1 jour : 130 € : 09/10/26

Tarif réduit **

- ☐ 2 jours : 60 €
☐ 1 jour : 40 € : 08/10/26
☐ 1 jour : 40 € : 09/10/26

**POUR VOUS INSCRIRE EN LIGNE VIA NOTRE SITE INTERNET,
SCANNER LE CODE SUIVANT :**



* Inscription professionnelle : règlement à réception de facture

** Tarif réservé aux étudiants, aux chômeurs et aux retraités

ADRESSE DE FACTURATION :

ANNULATION : pour des raisons d'organisation aucune annulation ne sera acceptée après le **30 septembre 2026**

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

Maison Syndicale - Centre Richerand

4, avenue Richerand 75010 Paris

ou à :

congres@lescentresdesante.com

avant le 1er octobre 2026