

## BULLETIN D'INSCRIPTION

Vous pouvez vous inscrire en ligne sur notre site  
[www.30anspenserpublic.com/inscription/](http://www.30anspenserpublic.com/inscription/)

Le bulletin d'inscription doit être adressé à :

B4 EVENT - Les Cyprès - Parc d'Activités l'Orée des Mas - Avenue du Golf - 34670 Baillargues

Les bulletins incomplets ne seront pas validés

Pour nous contacter :  
[inscription.30anspenserpublic@b4event.fr](mailto:inscription.30anspenserpublic@b4event.fr)

## Coordonnées

Civilité :  Madame  Monsieur

Titre :  Docteur  Professeur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone mobile : \_\_\_\_\_

Email (Email personnel recommandé) : \_\_\_\_\_

Email Professionnel : \_\_\_\_\_

## Lieu d'exercice - Adresse de facturation

Établissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Suite Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

## Informations participant

N° RPPS : \_\_\_\_\_

### Votre fonction (spécialité)

- Chargé(e) de mission  Gériatre  Médecin coordonnateur(trice)  Chercheur(euse)  Médecin généraliste  
 Psychiatre  Pneumologue  Cardiologue  Neurologue  Rhumatologue  Médecin physique et réadaptation  
 Pharmacien(ne)  Cadre de santé  DES en cours  Interne Chef(fe) de clinique  IDE  IPA  IDEC  
 Aide-soignant(e)  Ergothérapeute  Orthophoniste  Psychologue  Directeur(trice) d'établissement  
 Psychomotricien(ne)  Autre spécialité (précisez) : \_\_\_\_\_

### Mode d'exercice

- Salarié d'un établissement public  Salarié d'un établissement privé  Exercice libéral  Exercice mixte  
 Autre mode d'exercice (précisez) : \_\_\_\_\_

### Lieu d'exercice

- CHU/CHR  CH  EHPAD  Cabinet  Clinique  Autre lieu d'exercice (précisez) : \_\_\_\_\_

## DROITS D'INSCRIPTION EN PRÉSENTIEL

### Tarif SANS convention de formation

#### INSCRIPTION

Présentiel	60€ TTC	<input type="checkbox"/>
Présentiel + Buffet	100€ TTC	<input type="checkbox"/>

### Tarif AVEC convention de formation

#### INSCRIPTION

Convention de formation	240€ TTC	<input type="checkbox"/>
-------------------------	----------	--------------------------

#### Coordonnées du responsable de formation

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

## Mode de règlement

#### Convention de formation

Validation à réception de signature

#### Virement bancaire

Validation à réception

> IBAN : FR76 1005 7192 4100 0203 0930 228  
Code BIC : CMCIFRPP

B4EVENT est reconnu organisme de formation et enregistré sous le numéro 76341415334. B4EVENT est certifié QUALIOPI N° 2025/114386.3.

Annulation : Seule une annulation signifiée par écrit (lettre ou fax) avant le \*\*/\*\*/2026 entraînera le remboursement des sommes versées, déduction faite de 30 € pour frais de dossier. Après le \*\*/\*\*/2026, aucun remboursement ne sera effectué.

#### Ce programme semble correspondre à mes attentes.\*

\*En cas de besoin spécifique, merci de bien vouloir nous prévenir à J-7 jours avant le début des journées afin de vous accueillir dans les meilleures conditions possibles

**J'ai lu en ligne, sur le site du congrès, les conditions générales de vente et les accepte**

  
  

#### DATE ET SIGNATURE