

BULLETIN D'INSCRIPTION

à retourner à l'adresse suivante : MCO Congrès • Urgences 2010 - 27, rue du Four à Chaux • F-13007 Marseille - Tél : +33 4 95 09 38 00
 • Fax : +33 4 95 09 38 01 - Enregistré sous le numéro 93 13 12 892 13. Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat.

URGENCES
 ■■■■■■
2010



Nom :Prénom :

Adresse Personnelle ou Professionnelle :

Code Postal :Ville/Pays :

Tél :Fax :

Portable :eMail :

Si vous acceptez de recevoir, par email, des informations sur les futurs congrès de médecine d'urgence, merci de cocher la case :

ATTENTION : seules les inscriptions accompagnées de leur règlement (**À COMPLÉTER SUR PAGE HÉBERGEMENT**) pourront être prises en considération. Aucune inscription par fax n'est acceptée. **Les inscriptions seront closes au 4 Mai 2010. IL VOUS EST POSSIBLE DE VOUS INSCRIRE SUR PLACE : LE TARIF SERA MAJORÉ DE 20%. CONDITIONS D'ANNULATION CONGRÈS URGENCES ET WINFOCUS : AVANT LE 04 MAI 2010 : 50% DE REMBOURSEMENT (TOUTE ANNULATION DEVRA SE FAIRE PAR FAX : 04 95 09 38 01). APRÈS LE 4 MAI 2010 AUCUN REMBOURSEMENT.**

NOUVEAU !!! INSCRIPTIONS WINFOCUS couplée à URGENCES

Cette année, le premier **CONGRÈS D'ÉCHOGRAPHIE EN MÉDECINE D'URGENCE ET DE SOINS INTENSIFS WINFOCUS** est couplé au **CONGRÈS DES URGENCES**, nous avons souhaité vous faire bénéficier largement de cette nouveauté : l'inscription à **URGENCES 2010** donnera accès à toutes les séances plénières de **WINFOCUS**. Seuls les ateliers pratiques feront l'objet d'un supplément voir page suivante.

INSCRIPTION LIBRE INSCRIPTION AU CONGRÈS 2/3 JOURS INSCRIPTION 1 JOURNÉE Non cumulable

		Membre** SFMU		Non Membre		Membre** SFMU		Non Membre	
						<input type="checkbox"/> 02/06/2010 <input type="checkbox"/> 03/06/2010 <input type="checkbox"/> 04/06/2010			
MÉDECINS	Médecin Hospitalier	<input type="checkbox"/> a1	300 €	<input type="checkbox"/> a2	360 €	<input type="checkbox"/> a3	160 €	<input type="checkbox"/> a4	200 €
	Médecin libéral	<input type="checkbox"/> b1		<input type="checkbox"/> b2		<input type="checkbox"/> b3		<input type="checkbox"/> b4	
	Médecin militaire	<input type="checkbox"/> c1		<input type="checkbox"/> c2		<input type="checkbox"/> c3		<input type="checkbox"/> c4	
PARAMÉDICAL	Infirmier(ère)	<input type="checkbox"/> d1	150 €	<input type="checkbox"/> d2	200 €	<input type="checkbox"/> d3	80 €	<input type="checkbox"/> d4	110 €
	Cadre Infirmier	<input type="checkbox"/> e1		<input type="checkbox"/> e2		<input type="checkbox"/> e3		<input type="checkbox"/> e4	
	IADE	<input type="checkbox"/> f1		<input type="checkbox"/> f2		<input type="checkbox"/> f3		<input type="checkbox"/> f4	
	Assistante sociale	<input type="checkbox"/> g1		<input type="checkbox"/> g2		<input type="checkbox"/> g3		<input type="checkbox"/> g4	
	PARM	<input type="checkbox"/> h1		<input type="checkbox"/> h2		<input type="checkbox"/> h3		<input type="checkbox"/> h4	
	Ambulancier	<input type="checkbox"/> i1		<input type="checkbox"/> i2		<input type="checkbox"/> i3		<input type="checkbox"/> i4	
	Aide soignante, Agent hospitalier	<input type="checkbox"/> j1		<input type="checkbox"/> j2		<input type="checkbox"/> j3		<input type="checkbox"/> j4	
Etudiant, Interne, Externe***		<input type="checkbox"/> k1	75 €	<input type="checkbox"/> k2	75 €	<input type="checkbox"/> k3	55 €	<input type="checkbox"/> k4	55 €

INSCRIPTION PRISE EN CHARGE PAR UNE FMC, CENTRE HOSPITALIER, INDUSTRIEL, ASSOCIATION...

(lettre de prise en charge avec bulletin d'inscription) INSCRIPTION AU CONGRÈS 2/3 JOURS INSCRIPTION 1 JOURNÉE Non cumulable

		Membre** SFMU		Non Membre		Membre** SFMU		Non Membre	
						<input type="checkbox"/> 02/06/2010 <input type="checkbox"/> 03/06/2010 <input type="checkbox"/> 04/06/2010			
MÉDECINS	Médecin Hospitalier	<input type="checkbox"/> a5	360 €	<input type="checkbox"/> a6	420 €	<input type="checkbox"/> a7	200 €	<input type="checkbox"/> a8	220 €
	Médecin libéral	<input type="checkbox"/> b5		<input type="checkbox"/> b6		<input type="checkbox"/> b7		<input type="checkbox"/> b8	
	Médecin militaire	<input type="checkbox"/> c5		<input type="checkbox"/> c6		<input type="checkbox"/> c7		<input type="checkbox"/> c8	
PARAMÉDICAL	Infirmier(ère), Cadre Infirmier	<input type="checkbox"/> d5	230 €	<input type="checkbox"/> d6	280 €	<input type="checkbox"/> d7	120 €	<input type="checkbox"/> d8	150 €
	IADE	<input type="checkbox"/> e5		<input type="checkbox"/> e6		<input type="checkbox"/> e7		<input type="checkbox"/> e8	
	Assistante sociale	<input type="checkbox"/> f5		<input type="checkbox"/> f6		<input type="checkbox"/> f7		<input type="checkbox"/> f8	
	PARM	<input type="checkbox"/> g5		<input type="checkbox"/> g6		<input type="checkbox"/> g7		<input type="checkbox"/> g8	
	Ambulancier	<input type="checkbox"/> h5		<input type="checkbox"/> h6		<input type="checkbox"/> h7		<input type="checkbox"/> h8	
	Aide soignante, Agent hospitalier	<input type="checkbox"/> i5		<input type="checkbox"/> i6		<input type="checkbox"/> i7		<input type="checkbox"/> i8	
		<input type="checkbox"/> j5		<input type="checkbox"/> j6		<input type="checkbox"/> j7		<input type="checkbox"/> j8	

Justificatifs à fournir : * attestation d'adhésion 2009-2010 / ** attestation d'adhésion SFMU 2009-2010 / *** pièce justifiant votre statut

MERCI DE COMPLÉTER LA PARTIE HÉBERGEMENT ET RÉGLEMENT

