

BULLETIN D'INSCRIPTION

XXIV^{èmes} JOURNÉES de la SOCIÉTÉ de l'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

CLINIQUE de l'ACTE

La Rochelle du 5 au 8 octobre 2005

_ Dr _ M. _ Mme _ Mlle NOM : Prénom :
 Accompagné de : Prénom :
 _ Dr _ M. _ Mme _ Mlle NOM : Prénom :
 Organisme :
 Adresse :
 Code Postal : Ville : Pays :
 Téléphone : Fax : e-mail :

Les 24 ^{èmes} Journées de la Société de l'Information Psychiatrique Sont ouvertes à tous les intervenants en psychiatrie	Prix à payer	Total
Inscription complète – Membre de la SIP	250 €	€
Une journée	130 €	€
Inscription complète – Non membre de la SIP	310 €	€
Une journée	160 €	€
Inscription complète – Assistants/Retraités	90 €	€
Inscription complète – Formation Continue (1) (1) n° agrément 11 75 27 566 75	370 €	€
Une journée	190 €	€
Inscription complète – Internes	Gratuit	
Inscription au Dîner de Gala	60 € x nbre	
déjeuners libres	Total à payer	

Options

Souhaitez-vous une réduction SNCF oui non
 Etes-vous intéressé par une participation aux modules et unités de formation? oui non

Hôtellerie

Les réservations hôtelières peuvent être prises par l'intermédiaire de l'Office du Tourisme, Service Hébergement Le Gabut 17025 La Rochelle Cédex. Tel : 05 46 50 50 31 – Fax 05 46 45 11 56.

E-mail : resa@larochelle-tourisme.com (8 € de frais de réservation) qui a retenu des chambres à un tarif congrès :

1* : 32 € 2** : 45 € - 55 € 3*** : 73 € - 83 € 4**** : 120€ - 160€.

Règlement – Annulation

Le règlement des frais d'inscription se fait par chèque bancaire ou par chèque postal à l'ordre de la Société de l'Information Psychiatrique. L'inscription est définitive dès l'encaissement du paiement. En cas d'annulation par écrit avant le 21 septembre 2005, les frais d'inscription seront remboursés. Après cette date aucun remboursement ne sera possible.

Paiement

J'ai pris note des formalités d'inscription et d'annulation et en accepte les conditions.

Veuillez trouver, ci-joint, un chèque de : _____ Euros libellé à l'ordre de La Société de l'Information Psychiatrique, correspondant au montant total des frais d'inscription.

Fait à _____ le _____ Signature : _____

Document à RETOURNER avec le REGLEMENT

à M. le Dr Ph. PREVOST, Centre Hospitalier 208 rue Marius Lacroix 17000 LA ROCHELLE

Tél : 05 46 45 61 00 - Fax : 05 46 45 62 34- e-mail : brigitte.rabeyrolles@chlr.rss.fr