

**10<sup>ème</sup>  
CONGRÈS**  
de la **S**ociété  
de **G**érontologie  
de **B**ordeaux et  
du **S**ud-**O**uest



**8<sup>ème</sup>  
JOURNÉE**  
de **G**ériatrie  
en **B**éarn

# La gériatrie de demain

10 & 11  
Oct. 2019

**PAU**  
Artiguelouve  
Domaine du Cinquau

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

**À RETOURNER accompagné du règlement  
avant le 2 octobre 2019 à :**

COMM Santé - 10<sup>ème</sup> congrès de la SGBSO  
76 rue Marcel Sembat - 33 323 BÈGLES cedex  
Tél : 05 57 97 19 19 - Fax : 05 57 97 19 15  
info@comm-sante.com

**INSCRIPTION  
EN LIGNE :**  
[www.congres-sgbsso.com](http://www.congres-sgbsso.com)

### IDENTITÉ

Pr  Dr  M.  Mme

Nom : ..... Prénom : .....

Organisme : .....

Service : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tel : ..... Fax : .....

**E.mail (obligatoire pour recevoir une confirmation) :**

### Profession

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant/e                 | <input type="checkbox"/> Infirmier/ère               | <input type="checkbox"/> Pilote MAIA              |
| <input type="checkbox"/> Assistante sociale              | <input type="checkbox"/> Médecin-conseil             | <input type="checkbox"/> Psychiatre               |
| <input type="checkbox"/> Cadre de santé                  | <input type="checkbox"/> Médecin coordonnateur       | <input type="checkbox"/> Psycho-géiatre           |
| <input type="checkbox"/> Directeur/trice d'établissement | <input type="checkbox"/> Médecin généraliste         | <input type="checkbox"/> Psychomotricien/ne       |
| <input type="checkbox"/> Directeur/trice des soins       | <input type="checkbox"/> Médecin interniste          | <input type="checkbox"/> Responsable associatif   |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute                  | <input type="checkbox"/> Médecin de soins palliatifs | <input type="checkbox"/> Rhumatologue             |
| <input type="checkbox"/> Géiatre                         | <input type="checkbox"/> Neurologue                  | <input type="checkbox"/> Autre - Préciser : ..... |
| <input type="checkbox"/> Gestionnaire de cas             | <input type="checkbox"/> Pharmacien/ne               |   |

### MODALITÉS D'INSCRIPTION

- **Participant individuel :**  
inscription effective après réception du présent formulaire complété et accompagné du règlement.
- **Inscription prise en charge par un établissement :**  
inscription effective après réception du présent formulaire complété revêtu du cachet de l'établissement et /ou accompagné d'un bon de commande.
- **Inscription sur place :**  
le tarif majoré sera appliqué.

## DROITS D'INSCRIPTION

### TARIFS NET \*

	AVANT LE 2/10/2019	SUR PLACE	
<b>MEMBRES DE LA SGBSO</b> (à jour de leurs cotisations)			
Médecins	140 €	160 €	
Professionnels para-médicaux	60 €	80 €	
<b>NON MEMBRES DE LA SGBSO</b>			
Médecins	180 €	200 €	
Etudiants - Internes - Bénévoles <i>(sur présentation d'un justificatif)</i>	50 €	60 €	
Formation continue	220 €	—	
	<b>Inscription JEUDI</b>	<b>Inscription VENDREDI</b>	<b>2 JOURS</b>
Professionnels para-médicaux	55 €	35 €	80 €
Déjeuner du jeudi 10/10 15 €			
Soirée du congrès (jeudi 10/10) 55 € <i>Incluant : visite commentée du Domaine de Cinquau, apéritif-dégustation et dîner</i>			

\* Les droits d'inscription incluent : l'accès aux sessions scientifiques, aux ateliers, et les pauses-café des deux journées.

### À REMPLIR EN CAS DE PRISE EN CHARGE

N° d'agrément COMM Santé : 723 304 095 33

Organisme payeur : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tel : ..... Fax : .....

**E.mail** (obligatoire pour recevoir une confirmation) :

.....

Cocher cette case pour recevoir une convention de formation

### RÈGLEMENT

1/ Inscription		_____ €	} <b>TOTAL</b> _____ €
2/ Déjeuner du jeudi 10/10	Nbre X 15 €	_____ €	
3/ Soirée du congrès du jeudi 10/10	Nbre X 55 €	_____ €	

Par chèque bancaire en euros à l'ordre de COMM Santé

Par virement bancaire :

Code banque : 10907 - Code guichet : 00001  
N° de compte : 12021273202 - Clé RIB : 67  
IBAN : FR76 1090 7000 0112 0212 7320 267  
BIC : CCBPFRPPBDX  
Domiciliation : BPACA BX TOURNY

Frais de virement à la charge de l'émetteur

Date : .....

Signature :

### CONDITIONS D'ANNULATION

Sur demande écrite exclusivement :

> Jusqu'au 2/10/2019, remboursement avec retenue de 20 €uros pour frais de dossier

> A partir du 3/10/2019, aucun remboursement.

Les remboursements seront effectués après le congrès.

Tout événement extérieur entravant le bon déroulement de la manifestation ne donnera lieu à aucun remboursement.

Cachet :