

9<sup>ème</sup>  
**CONGRÈS**

de la **S**ociété  
de **G**érontologie  
de **B**ordeaux et  
du **S**ud-**O**uest



20 & 21  
Sept. 2018

Artigues-près-Bordeaux  
Campus Atlantica

*Le défi du bien vieillir  
dans un monde en pleine évolution numérique*



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

**À RETOURNER accompagné du règlement  
avant le 13 septembre 2018 à :**

COMM Santé - 9<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  
priscilla.pitrel@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.

**TARIFS NET \***

	Jusqu'au 20/06/2018	À partir du 21/06/2018	Sur place
<b>MEMBRES DE LA SGBSO</b> (à jour de leurs cotisations)			
Médecins	120 €	150 €	170 €
Professionnels para-médicaux	50 €	70 €	90 €
<b>NON MEMBRES DE LA SGBSO</b>			
Médecins	170 €	190 €	210 €
Professionnels para-médicaux	80 €	100 €	120 €
Etudiants - Internes - Bénévoles <i>(sur présentation d'un justificatif)</i>	35 €	45 €	55 €
Formation continue	190 €	210 €	---
Déjeuner du vendredi 21/9	25 €	25 €	---
Soirée du congrès du jeudi 20/9	50 €	50 €	---

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

**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 vendredi 21/9	Nbre X 25 €	_____ €	
3 / Soirée du congrès du jeudi 20/9	Nbre X 50 €	_____ €	

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 13/09/2018, remboursement avec retenue de 20 €uros pour frais de dossier

> A partir du 21/09/2018, 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 :