

BULLETIN D'INSCRIPTION

INSCRIPTION NOMINATIVE ET NON CESSIBLE EN CAS D'ABSENCE

À RETOURNER À L'ADRESSE CI-DESSOUS DE PRÉFÉRENCE DANS UNE ENVELOPPE À FENÊTRE



**Urgences Vitales
en Salle de Naissance**

Faculté de Médecine
Département de simulation - Plate-forme iLumens
45, rue des Saints-Pères - 75006 Paris

RAPHAËL GASSIN
RELATIONS MÉDICALES - C192
34, Grande Rue Charles de Gaulle
94130 NOGENT-SUR-MARNE
FRANCE

Identité : M Mme Titre : Dr Pr

Prénom* : Nom* :

Fonction : Spécialité* :

Adresse : Personnelle Professionnelle Service* :

Code Postal : Ville :

Pays : E-mail* : @

Portable* : Téléphone : Fax :

* Champs obligatoires

TARIFS DES INSCRIPTIONS

NB : L'inscription au congrès implique que vous approuvez l'ensemble des conditions générales dont vous avez pris connaissance ci-après.
Tarif Prise en charge : montant HT assujéti à la TVA selon taux en vigueur

STATUT DE L'INSCRIPTION	Tarif unitaire TTC 1 SESSION	Tarif unitaire TTC 2 SESSIONS
INDIVIDUEL	590 € TTC	560 € TTC par personne
INDIVIDUEL / Groupe de 3 Gynécologue-obstétricien / Anesthésiste / Sage-femme	570 € TTC par personne	550 € TTC par personne / par session

PRISE EN CHARGE	720 € TTC	690 € TTC par personne
PRISE EN CHARGE / Groupe de 3 Gynécologue-obstétricien / Anesthésiste / Sage-femme	672 € TTC par personne	660 € TTC par personne / par session

Date de session(s) choisie(s) >

Mardi 20 mars 2018
(Session Basique)

Mardi 5 juin 2018
(Session Avancé)

MODES DE PAIEMENT : merci de retourner ce bulletin et votre règlement à **Relations Médicales**

Carte de crédit : CB VISA AMERICAN EXPRESS MASTER CARD
Nom du titulaire : Expire le : ___ / ___ / ___
N° carte bancaire : / ___
Code du verso (3 ou 4 chiffres selon carte) : / ___ / ___ / ___ / ___

Chèque n° : Banque :
Veuillez établir votre chèque à l'ordre de **Relations Médicales**

Virement bancaire : Code IBAN : FR76 30003 03924 00020829259 76 - Code BIC : SOGEFRPP
Banque : SOCIÉTÉ GÉNÉRALE - 7, Bd de Strasbourg - 94130 Nogent-sur-Marne - France

Montant à régler :

..... €
Signature obligatoire

Les présentes conditions générales de vente s'appliquent, à l'exclusion de toute autre disposition, à toute inscription d'un participant (le «Participant») à un congrès (ci-après l'«Événement») organisé par la société RELATIONS MÉDICALES, société par actions simplifiée, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de CRÉTEIL sous le numéro 478 007 545, dont le siège social se situe sis 34, Grande Rue Charles de Gaulle - 94130 NOGENT SUR MARNE, représentée par Monsieur Raphaël GASSIN en sa qualité de Président.

Le fait de s'inscrire à un Événement, en ligne ou en retournant le Bulletin d'inscription dûment rempli, implique une acceptation sans réserve, et dans leur intégralité, des présentes conditions générales de vente.

RELATIONS MÉDICALES se réserve le droit de modifier les termes des présentes conditions. Seules les conditions générales de vente en vigueur au jour de l'inscription s'appliqueront à l'inscription concernée.

- **Inscription nominative** : L'inscription est individuelle, nominative et non cessible. En aucun cas elle ne peut être échangée ou cédée en cas d'absence du participant.
- **Modalités de l'inscription** : Les inscriptions peuvent se faire :
 - > En ligne sur le site www.infocongres.com
 - > En complétant le bulletin d'inscription téléchargeable également sur le site
 - > Aucun autre moyen d'inscription ne sera accepté
 - > Tarifs Etudiant : fournir copie de la carte Etudiant lors de l'inscription.
- **Montant des droits d'inscription** : Il correspond à la grille tarifaire et statut au moment du règlement. La date de l'envoi du paiement (cachet de la poste faisant foi) détermine le montant des droits d'inscription. Tout paiement non conforme au statut entraîne l'annulation de l'inscription.
- **Validation de l'inscription** : Le bulletin d'inscription dûment complété reste le seul support « contractuel », il doit être accompagné du règlement ou confirmé officiellement "Prise en Charge" pour être accepté ; le cachet de la poste faisant foi pour sa validité en cas de clôture des inscriptions.
Tout changement de nom est considéré comme une annulation et donnera lieu à une nouvelle inscription payante au tarif en vigueur.
- **Paiement de l'inscription** : Tout paiement doit être effectué immédiatement et identifié crédité pour être validé. Pour tout paiement par virement, par CB ou chèque bancaire vous disposez d'un délai de 15 jour calendrier après votre inscription pour nous faire parvenir votre règlement. En cas de non réception de votre paiement dans les délais fixés, votre inscription sera automatiquement annulée.
- **Confirmation d'inscription** : La confirmation auprès du participant se fait uniquement par E-mail pour chaque bulletin d'inscription. Vérifiez que votre adresse électronique soit bien mentionnée et lisible.
En aucun cas la même adresse électronique ne peut être utilisée sur plusieurs inscriptions.
Tout dossier « incomplet » ne sera pas traité et pris en considération en cas de clôture des inscriptions.
- **Prise en charge** : Est considérée comme prise en charge, toute inscription réglée par un organisme de formation, une société, un laboratoire pharmaceutique ou tout autre règlement n'étant pas émis personnellement par le participant lui-même.
 - > Organisme de formation : Une convention sera établie en 2 exemplaires avec l'établissement.
 - > Chaque bénéficiaire devra être identifié précisément avec une adresse électronique individuelle servant d'identifiant unique.
 - > Toute convention non retournée signée dans les délais impartis, le tarif « d'inscription sur place » sera exigé pour le bénéficiaire
 - > Facture : elle est émise sur les bases d'une facturation HT majorée de la TVA en vigueur. Toute modification sera facturée.
- **Inscription non validée** : Le bulletin d'inscription non complété avec une adresse électronique manquante ne pourra être pris en considération, il sera mis en instance et « non prioritaire » en cas de clôture.
- **Frais de dossier en cas de modification d'inscription** : La somme de 30 euros sera facturée pour toute modification apportée à l'inscription au titre des frais de dossier.
- **Modification d'inscription** : Toute modification est assujettie à des frais de dossier de 30 euros HT.
- **Clôture des inscriptions** : La date sera communiquée sur le site www.infocongres.com
Toutefois, dès que la capacité d'accueil est atteinte, la clôture est envisageable à tout moment et sans préavis. Les inscriptions reçues après cette date seront refusées (cachet de la poste faisant foi).
Après la date de clôture le bulletin ne sera pas retourné à l'expéditeur ; le chèque sera annulé par nos soins.
- **Inscription sur place** : Dans le cas où l'inscription sur place est possible, son prix sera majoré de 20 euros. Les inscriptions non régularisées avant la manifestation également majorées.
- **Badge nominatif** : Sur présentation de l'accusé réception et d'une pièce d'identité, un badge nominatif est remis au participant dès son arrivée sur les lieux le jour de l'événement. Le badge d'accès est nominatif, non transférable et doit être porté pendant toute la durée de l'Événement. L'organisateur se réserve le droit d'effectuer un contrôle d'identité pendant l'Événement afin de s'assurer que celle-ci correspond à l'identité du porteur du badge.

Conditions Générales mises à jour le 30/01/17

■ **Droit de rétractation** : Le participant dispose d'un droit de rétractation qu'il peut exercer dans un délai de 14 jours calendaires, à compter de la Confirmation de commande, sans avoir à justifier d'un motif.

Le Participant qui souhaite user de son droit de rétractation doit le notifier, dans les délais légaux indiqués ci-dessus, en renvoyant le formulaire type joint en fin des présentes conditions générales de vente par écrit (fax, courrier, e-mail : contact@relations-medicales.com) à la société Relations Médicales.

Le prix de l'inscription lui sera alors remboursé, s'il avait été encaissé, dans un délai maximal de 14 jours.

En confirmant sa commande moins de 14 jours calendaires avant le début de l'Évènement, le Participant accepte que l'exécution de la prestation de service commence avant la fin du délai de rétractation et renonce expressément à son droit de rétractation.

■ **Annulation** : Dans le cas où le délai de rétractation susvisé serait expiré, le Participant souhaiterait annuler sa participation à l'Évènement, les conditions d'annulation ci-dessous s'appliqueront :

Toute demande doit être envoyée par écrit (fax, courrier, e-mail : contact@relations-medicales.com) à la société Relations Médicales.

Les remboursements éventuels seront effectués après la manifestation, déduction faite des frais de dossier (30 euros).

■ **Remboursement** : Dans le cas où le délai de rétractation susvisé serait expiré, aucun remboursement ne sera effectué à moins de 30 jours calendaires de l'évènement. Le comité d'organisation ne peut-être tenu responsable des perturbations, grèves ou toutes manifestations extérieures pouvant empêcher la présence de l'intéressé et/ou entraîner l'annulation de l'évènement.

■ **Virement bancaire** : Celui-ci doit-être clairement identifié en indiquant le nom et prénom du participant. Les frais de virement sont à la charge de l'intéressé. En cas de frais supportés par l'organisation, ils seront refacturés et majorés des frais de dossier.

■ **Carte Bancaire** : Le participant doit s'assurer auprès de sa banque que la transaction sera acceptée. En cas d'échec de cette dernière, dès la 2^{ème} tentative, des frais bancaires d'un montant de 5% du prix de l'inscription seront facturés au participant.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de suivi de clientèle.
Le destinataire des données est RELATIONS MÉDICALES.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à contact@relations-medicales.com

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.
Relations Médicales est enregistré à la CNIL depuis le 26 août 2005 sous le N° 111 57 38

FORMULAIRE DE RÉTRACTATION

NOM : Prénom :

Établissement :

Adresse :

Code Postal : Ville :

E-mail : @

Je vous notifie par la présente ma rétractation du contrat portant sur la prestation de services ci-dessous :

Inscription au Congrès :
(Nom du Congrès à compléter par le participant)

Référence de la commande :
(Référence figurant sur la confirmation de commande à compléter par le participant)

Confirmée le :
(Date d'émission de la confirmation de commande à compléter par le participant)

Date: Signature :

Formulaire de rétractation à compléter et à retourner par courrier à :
RELATIONS MÉDICALES - 34, grande rue Charles de Gaulle - 94130 NOGENT-SUR-MARNE
ou par e-mail : contact@relations-medicales.com

Conditions Générales mises à jour le 30/01/17