

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



# Les parcours de soins

## Relations ville-hôpital-institutions

**16 et 17**  
**SEPT. 2021**

**PESSAC**  
Institut  
des Métiers  
de la Santé

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

**À RETOURNER accompagné du règlement  
avant le 1<sup>er</sup> septembre 2021 à :**

COMM Santé - 11<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 01/09/2021

SUR PLACE

#### MEMBRES DE LA SGBSO (à jour de leurs cotisations)

Médecins	140 €	160 €
Professionnels para-médicaux	60 €	80 €

#### NON MEMBRES DE LA SGBSO

Médecins	180 €	200 €
Professionnels para-médicaux	90 €	110 €

#### ETUDIANTS - INTERNES

(sur présentation d'un justificatif)

	50 €	70 €
--	------	------

#### FORMATION CONTINUE

	220 €	220 €
--	-------	-------

#### DÉJEUNER DU JEUDI 16 SEPTEMBRE

	17 €	17 €
--	------	------

#### SOIRÉE DU JEUDI 16 SEPTEMBRE

Incluant : cocktail dînatoire, animation musicale

	50 €	50 €
--	------	------

\* 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 16/09	Nbre X 17 €	_____ €	
3/ Soirée du congrès du jeudi 16/09	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

#### CONDITIONS D'ANNULATION

Sur demande écrite exclusivement :

> Jusqu'au 01/09/2021, remboursement avec retenue de 20 Euros pour frais de dossier

> À partir du 02/09/2021, 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.

Date : .....

Signature :

Cachet :

--