

# JOURNÉES POLY D'ÉTUDES HANDICAP PARALYSIE CÉRÉBRALE 2017

**BULLETIN D'INSCRIPTION**

≡ DATE JEUDI 16 VENDREDI 17 NOVEMBRE

≡ LIEU CENTRE DE CONFÉRENCES

69 bis rue Boissière PARIS XVI<sup>e</sup>

CONTACT INSCRIPTION ESPACE ÉVÉNEMENTIEL

Tél. : 01 42 71 34 02 - Fax : 01 42 71 34 83

partenaires@espace-evenementiel.com

7/9 cité Dupetit-Thouars 75003 Paris

www.espace-evenementiel.com

SARL CODE APE 741 G - SIRET 438 785 081 00011 - TVA intracommunautaire FR 71 438 785 081

N° organisme formateur Espace Événementiel : 11 75 407 70 75

Inscription professionnelle : 300 € T.T.C. par participant (incluant une TVA à 20,00 %)

Inscription parent : 40 € T.T.C. par participant (incluant une TVA à 20,00 %)

Règlement par **chèque** libellé à l'ordre d'Espace Événementiel

Règlement par **virement** IBAN FR76 30003 03480 00120348147 67 - BIC SOGEFRPP

Espace Événementiel se réserve le droit de reporter l'événement en cas de force majeure. Toute annulation dans un délai inférieur à 15 jours avant le début de l'événement entraînerait le paiement intégral de la participation ou ne saurait donner lieu à un remboursement total ou partiel.

Madame  Monsieur

NOM  Prénom

Fonction

Service

Établissement

Adresse

Code postal  Ville

Tél.  Mobile  Fax

E-mail

Adresse de facturation   
si différente

Code postal  Ville

Je serai présent(e) le  jeudi 16 novembre  vendredi 17 novembre

**Cette pré-inscription s'entend dans la limite des places disponibles, et est validée par la réception d'un courrier de confirmation.**

Les informations nominatives recueillies sur ce document font l'objet d'un traitement informatisé par et pour les besoins de la SARL Espace Événementiel. Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de radiation des informations vous concernant par fax au 01 42 71 34 83, par courriel à partenaires@espace-evenementiel.com, par courrier à Espace Événementiel 7-9 Cité Dupetit-Thouars 75003 Paris.

**INSCRIPTION PROFESSIONNELLE**

Cachet, date et signature du responsable

**PROFESSIONNELLE OU PERSONNELLE**

Signature du participant