

IMCI 2009 - Fiche d'inscription / Registration Form

Nom / Family name _____ Prénom / First name _____
 Spécialité / Specialty _____
 Adresse / Address _____
 Code Postal / Zip code _____ Ville / City _____
 Pays / Country _____
 Tél / Phone _____ Fax _____
 Email (en capital SVP, Please type in capital letters) _____

DROITS D'INSCRIPTION / REGISTRATION FEES

3 jours, accès toutes sessions et pré-cours, pauses et déjeuners inclus
 3 days, access to all sessions and pre-courses, lunches included

Avant / Before
31 Dec. 2008

Après / After
31 Dec. 2008

- **Congressistes 3 jours**
Delegates 3 days 410 € 480 €
- **Membres* Société Scientifique et Association avec justificatif 3 jours**
Members* Association or Scientific Society with certification 3 days 360 € 430 €
(* SOP, SFPI, SFDE, AFI, SFI, SFCB, GEPI, APCI, CURAIO, ADI, ICD, COEFI, American Club, Alpha-Omega, SIOPA, SIERRA, SYFAC, DGOI, APIOB, SPPI, etc.)
- **Etudiants 2e cycle avec justificatif 3 jours**
Students undergradued with certification only 3 days 250 € 300 €
- **Session "Assistante Dentaire" avec justificatif (31 janvier)**
Session "Dental Assistant" with certification (January 31) 50 € 80 €
- **Pré-cours inclus à choisir ci-dessous / Included pre-courses to be chosen below:**

Les précours ont lieu le
jeudi 29 janvier (14h00-17h30)
Nombre de places limité !
(inscription dans l'ordre de réception)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dentsply Friadent | <input type="checkbox"/> Camlog Henry Schein |
| <input type="checkbox"/> Eclaircissement dentaire/Discus | <input type="checkbox"/> Serf |
| <input type="checkbox"/> MIS | <input type="checkbox"/> Tekka |
| <input type="checkbox"/> Nobel Biocare | <input type="checkbox"/> Victory |
| <input type="checkbox"/> One system Implant | <input type="checkbox"/> Zimmer Dental |

2 pré-cours inclus
dans les droits.
Pré-inscription obligatoire
2 precourses included
in the registration fees.
Obligatory pre-registration

PAIEMENT DES DROITS D'INSCRIPTION / PAYMENT OF REGISTRATION FEES:

Je règle la somme totale de / I hereby forward the total amount of:

- Ci-joint, un chèque bancaire en Euros, à l'ordre d'EuroMediCom.
Bank check in Euros enclosed, payable to EuroMediCom.
- Virement bancaire en faveur d'EuroMediCom / Bank transfer payable to EuroMediCom:

Total : €

En cas de paiement par virement bancaire, **ajouter 15 €** au montant total (frais bancaires)
 In case of payment by bank transfer, please **add 15 €** to the total amount (bank fees)

HSBC HERVET - ASNIERES					
Bank code	Branch code	Account number	Key digits	SWIFT - BIC	IBAN
30368	00084	008416G0001	61	BHVTRP	FR92 3036 8000 8400 8416 G000 161
Précisez "IMCI + votre nom" sur le virement / Please do mention "IMCI + your name" on the bank documents					

- Carte de crédit / Credit Card: Visa Eurocard / Mastercard American Express Diners

N° de carte / Credit card number: _____

Nom du porteur / Name of Cardholder: _____

Date d'expiration / Expiry date: _____

Cryptogramme / 3 digits code: _____

Signature

- Je souhaite recevoir coupons de réduction SNCF / I would like to receive SNCF reduction coupons (for French network only)

CONDITIONS D'ANNULATION / CANCELLATION POLICY:

60 jours avant : remboursement moins 10 % ; entre 30 et 60 jours : moins 50 % ; 30 jours avant : pas de remboursement.
 Les remboursements se feront un mois après le congrès et après demande écrite
 More than 60 days prior to the conference: refund -10% ; within 30 et 60 days: refund -50 % ; within 30 days: no refund.
 Cancellation will be processed one month after the congress and after written demand

Retourner 1 bulletin (ou une copie) par personne à / Please return 1 form (or a copy) per attendee to:
 EuroMediCom - 29, bld de la République - 92250 La Garenne-Colombes - France

Tel : +33 (0)1 56 83 78 00 - Fax : +33 (0)1 56 83 78 05 - Email : IMCI@euromedicom.com

Inscription en ligne avec paiement sécurisé / Registration on line with secured payment by credit card at:
www.euromedicom.com

IMCI 2009 - Fiche de réservation hôtelière / Hotel Reservation Form

Retourner de préférence avant le **22 Décembre** / Please return before **December 22**

Passé cette date, disponibilité des chambres à valider / Beyond this date, rooms upon availability

EUROMEDICOM - FAX: +33 (0)1 56 83 78 05

Infos Hotels : Tel +33 (0)1 45 55 85 30 - email: hotels@conferenciatravel.com

Nom / Family name

Prénom / First name

Adresse / Address

Code postal / Zip code

Ville / City

Pays / Country

Tel. / Phone

Fax

E-mail

SÉLECTION DE L'HÔTEL / HOTEL SELECTION

Nom Name	Sélection de l'Hôtel Hotel selection	Nb de personne(s) Nb of person(s)	Type de chambre Type of room	Date d'arrivée Arrival date	Date de départ Departure date
	1 ^{er} 2 nd 3 ^e		<input type="checkbox"/> single <input type="checkbox"/> double <input type="checkbox"/> twin	__/__/__	__/__/__
	1 ^{er} 2 nd 3 ^e		<input type="checkbox"/> single <input type="checkbox"/> double <input type="checkbox"/> twin	__/__/__	__/__/__
	1 ^{er} 2 nd 3 ^e		<input type="checkbox"/> single <input type="checkbox"/> double <input type="checkbox"/> twin	__/__/__	__/__/__
	1 ^{er} 2 nd 3 ^e		<input type="checkbox"/> single <input type="checkbox"/> double <input type="checkbox"/> twin	__/__/__	__/__/__

MODE DE PAIEMENT / PAYMENT

Aucune réservation ne sera traitée sans prépaiement total / Booking cannot be processed without total prepayment

- Ci-joint, un chèque bancaire du montant total en Euros, à l'ordre de Conferencia Travel (résidents en France).
Bank check of the total amount in Euros enclosed, payable to Conferencia Travel (French residents).
- Carte de crédit / Credit Card: Visa Eurocard / Mastercard American Express

N° de carte / Credit card number: _____

Nom du porteur / Name of Cardholder: _____

Date d'expiration / Expiry date (month - year): ____ ____

Cryptogramme / 3 Digits code: _____

Signature

- Virement bancaire sur demande (+15 €) / Bank transfer on request (+15 € fees)

CONDITIONS D'ANNULATION / CANCELLATION POLICY

- Une annulation totale faite à 30 jours ou plus de votre arrivée, entraînera une pénalité de 30 €
- Une annulation totale entre 29 jours et la veille de votre arrivée entraînera 50% du séjour facturé.
- Réduction de la durée de séjour possible sans frais jusqu'à 30 jours de votre arrivée inclus, Entre 29 jours et la veille de votre arrivée, une nuit par chambre sera facturée.
- Réduction du nombre de chambres sans frais jusqu'à 30 jours de votre arrivée inclus. Entre 29 jours et la veille de votre arrivée, une nuit facturée par chambre annulée.

Aucun remboursement n'est possible en cas d'annulation le jour de l'arrivée, de non-présentation à l'hôtel ou de départ anticipé.

Pour toute modification ou annulation, contacter Conferencia Travel - Tel +33 (0)1 45 55 85 30

Les tarifs ne sont valables qu'en passant par Conferencia Travel.

- If you cancel more than 30 days prior to the arrival, you will be charged a 30 € fee
- If you cancel between 29 days and one day before your arrival, 50% of your stay will be charged.
- Reducing the length of your stay without any fees until 30 days prior your arrival. Between 29 days and one day prior your arrival, one night per room will be charged.
- Reducing the number of rooms without any fees until 30 days prior your arrival. Between 29 days and one day prior your arrival, one night per room cancelled will be charged.

No refunds will be made for cancellation the day of your arrival, for no-shows or early check out date.

For any change or cancellation, contact Conferencia Travel - Tel +33 (0)1 45 55 85 30

These special rates are only available through Conferencia Travel.

MERCI DE RENVoyer CETTE FICHE (ou une copie) PAR FAX OU COURRIER A EUROMEDICOM

PLEASE RETURN THIS FORM (or a copy) BY FAX OR MAIL TO EUROMEDICOM

Pour choisir votre hôtel, reportez-vous à la liste dans les Informations Générales

To make your choice, please see hotels list in the General Information