

FFER

Fédération Française
d'Etude de la Reproduction

10^{ème} Journées
de la Fédération
Française d'Etude
de la Reproduction

DEAUVILLE
du 5 au 7 octobre 2005

DROIT D'INSCRIPTION

Avant le 15/07

Après le 15/07

- Médecins250€300€
- Sage-femme, infirmière, technicien, interne,
chef de clinique150€50€
- Déjeuner(s)35€35€

Nbre de déj.....X 35€ = €

Préciser les jours :

- Mercredi 5/10
- Jeudi 6/10
- Vendredi 7/10

TOTAL A :.....€

HEBERGEMENT EN B & B

4 étoiles Hôtel du Golf

(tarif par nuit pour le mercredi et jeudi)

Single 155 € Xnuit(s) = €

Double 210 € Xnuit(s) = €

Nuit du vendredi et samedi

Single 200 € Xnuit(s) = €

Double 255 € Xnuit(s) = €

3 étoiles Hôtel le Trophée - Hôtel le Gardenia

Single 85 € Xnuit(s) = €

Double 105 € Xnuit(s) = €

Hôtel Le Yacht Club

Single 110 € Xnuit(s) = €

Double 135 € Xnuit(s) = €

2 étoiles Hôtel Ibis

Single 55 € Xnuit(s) = €

Double 70 € Xnuit(s) = €

TOTAL B :.....€

DATES D'ARRIVEE :/10/2005 **DE DEPART :**/10/2005 1 lit 2 lits

La réservation ne sera prise en compte que si elle est accompagnée du règlement dans sa totalité.

RÈGLEMENT :

TOTAL A+B :.....€

Par chèque : à l'ordre de JPCOM/FFER

Par virement bancaire : Joindre l'avis de virement SOCIETE GENERALE - IBAN FR 76 30003 00451 00020064527 34 - Code BIC SOGEFRPP

Par Carte de Crédit : Toute demande d'Annulation doit être faite par courrier ou télécopie avant le 15 septembre 2005. Une somme de 30 € sera retenue pour frais administratifs. Au-delà du 15 septembre, aucun remboursement ne sera effectué.

CARTE BANCAIRE VISA/CB, EUROCARD, MASTERCARD

Numéro de Carte : _____

Date d'expiration : _____

Nom du titulaire : _____

Indiquez les 3 derniers chiffres figurant sur la zone signature au verso de votre carte bancaire

A.....

DATE.....

SIGNATURE