## COLLOQUE REHAB 2014

##

##  20 JUIN 2014

## lieu : COLLEGE DOCTORAL EUROPEEN

##

**A renvoyer avant le 1er Juin 2014 à :**

### Université de Strasbourg - Cellule Congrès – Elodie Buch

19 rue du Maréchal Lefèbvre – 67100 STRASBOURG

Tél : 03.68.85.49.38 – Fax : 03.68.85.49.41

Email : e.buch@unistra.fr Site : www.cellule-congres.unistra.fr

**Renseignements pour le Colloque :**

Monsieur Cédric SUEUR -email : cedric.sueur@iphc.cnrs.fr

**Adresse pour la correspondance :**

**Mme** **Mr**

**Nom** : **Prénom** :

**Adresse** :

**Ville** : **Pays**:

**Code Postal**: **E-Mail** :

**Téléphone** : **Fax** :

#### Frais d’inscription : 65 € par participant

#### L’inscription comprend :

* l’accès au Colloque dans le cadre de la Formation continue
* ….

|  |
| --- |
| Joindre impérativement une attestation de prise en charge ou un bon de commande. En leur absence un contrat de formation professionnelle sera établi au nom du stagiaire laissant les frais à sa charge. Toute modification de la présente demande devra faire l'objet d'une demande d'avenant par écrit. Nos conditions générales de vente figurent sur notre site Internet : http://sfc.unistra.fr/ |
| Sauf demande spécifique dans le bon de commande ou l'attestation de prise en charge, l'attestation de présence sera transmise en fin de formation à l'organisme prenant en charge les frais de formation. |

**RECAPITULATIF**

|  |  |
| --- | --- |
| **DROITS D’INSCRIPTI0N** | EUROS |
| **TOTAL GENERAL** | EUROS |
|  |  |

**Règlement :**

🞏 Par **chèque bancaire** à l’ordre de « Cellule Congrès - UDS »

🞏 Par **transfert bancaire :** Merci de préciser votre nom et prénom sur l’ordre de transfert, ainsi que REHAB 2014

**Relevé d’Identité Bancaire**

**Titulaire du compte :**

CELLULE CONGRES UDS - REGIE DES RECETTES

21, RUE MARECHAL LEFEBVRE - 67100 STRASBOURG – France

**Domiciliation :** TPSTRABOURG

**Code Banque :** 10071 **Code Guichet :** 67000 **N° de Compte :** 0000 1006522 **Clé RIB :** 22

**Code SWIFT / BIC (Bank Identifier Code) :** TRPUFRP1

**Code IBAN (International Bank Account Number) :** FR 76 1007 1670 0000 0010 0652 222

**Code TVA Intra-Communautaire** : FR 441 30 00 54 57

🞏 Par **carte de crédit** :

Paiement par carte de crédit **□**  Visa □ EuroCard – Mastercard

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° de la carte de crédit : |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Date d’expiration : \_\_\_\_/\_\_\_\_ 3 derniers chiffres du cryptogramme au dos de la carte :

Nom du titulaire : …………………………………………………………………………………

Je soussigné(é), titulaire de la carte de crédit susmentionnée, autorise la Cellule Congrès de l’Université de Strasbourg à débiter ladite carte d’un montant de : …………€

Lu et approuvé : Signature :

**Conditions d’annulation :**

Seules les annulations reçues avant le 10 JUIN 2014 par courrier, fax ou e-mail seront prises en compte et permettront le remboursement des sommes versées.

**Après le 10 JUIN 2014 aucun remboursement ne sera effectué.**

\* Conformément à la loi n°78-17 du 6/01/1978 relative à l’informatique et aux libertés, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification pour les données vous concernant en vous adressant à l’adresse ci-dessus.

Si vous ne souhaitez pas recevoir l’actualité des formations de l’Université de Strasbourg,

merci de cocher cette case □

Université de Strasbourg – 21, rue du Maréchal Lefebvre – 67100 STRASBOURG

N° de déclaration d’activité : 4267 04090 67