ACADEMIE INTERNATIONALE DE PATHOLOGIE
Division Française

Association régie par la loi du 1er Juillet 1901 - Organisme formateur agréé dans le cadre de la formation professionnelle continue (enregistré sous le n° 82 69 03908 69 - Préfecture de la Région Rhône-Alpes) - N° d'agrément CNFMC : 100 216

Bulletin d'inscription / Registration From

Cette demande d'inscription doit être accompagnée impérativement du montant de votre règlement
Payment must accompany your registration form (checks must be free of all charges)

Titre, Nom, Prénom / Title, Name, First Name .....
.....
Adresse / *Postal address* .....
.....
.....
Télécopie / *Fax number*.....
Email .....
Mode d'exercice : ☐ Hospitalier ☐ Libéral ☐ Salarié
Type of Practice: ☐ Hospital ☐ Private practice ☐ Mixed (% private:)

Conditions d'annulation / Refund Policy
Dès que l'inscription est confirmée, tout désistement fait l'objet d'une retenue de 30% (60 euros pour les membres de l'AIP et 66 euros pour les non-membres). Pas de remboursement après le 1er octobre 2009.
A handling fee of 60 euros for IAP member and 66 euros for non-member of IAP is deducted for cancellation. Refund requests must be received by email, mail or fax 1 month before prior to the course. No refunds will be made after October 1st, 2009.

Tarif (avec les 2 fascicules inclus) / *Registration fee* (*2 Handouts included)*

☐ 200 euros Membre de l'AIP - *IAP member*

☐ 220 euros Non-membre de l'AIP - *Non member of IAP*

☐ 100 euros Assistant hospitalier, membre de l'AIP à jour de cotisation 2009
Réduction de 50% (sur justificatif obligatoire).

Pauses - café du matin et de l'après-midi comprises / *Coffee break in the morning and afternoon included*
Attention : Pas de déjeuner ou buffet organisé / Caution : *No Buffet or lunch on site*

Mode de règlement – *Payment method*
☐ Chèque (à l'ordre de AIP Division Française) / *Check payable to IAP French Division free of all charges*
☐ Carte bancaire / *Credit card* ☐ CB ☐ Eurocard/Mastercard ☐ Visa
Nom du porteur de la carte bancaire / *Cardholder's name*.....
N° de carte bancaire /*Credit card number* :
|__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__| |__|__|__|__|
Date d'expiration / *Expiry date* .....
Signature / *Cardholder's signature*
☐ Virement bancaire / *Bank Transfer*
LB LYON BELLECOUR - 69002 LYON (France)
BIC : CMCIFRPP - IBAN : FR76 1009 6180 0100 0264 4450 181
Payable to "AIP Division Française" free of all charges

Adresser ce formulaire avec le règlement à / *Return form with payment to:*
AIP Division Française - 32, cours Albert Thomas - 69008 LYON
Télécopie : 04 78 75 43 11 - Email : academie.pathologie@wanadoo.fr - Website : www.francepathol.org