

# BULLETIN D'INSCRIPTION

à retourner complété et signé, avec règlement à :

IMLA C/Dr GIRARD  
69 avenue Charles de Gaulle  
13140 MIRAMAS  
FRANCE

Docteur :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

Tel. Port : ..... Tel. Fixe : .....

E-mail : .....

Participera au congrès IMLA du 4 au 5 Octobre 2019

Congressiste 490 €

Offre comprenant inscription Congrès  
session du vendredi 4 octobre de 13 h à 19 h00 et  
sessions du samedi 5 octobre de 8h00 à 19 h00  
accès au Salon d'exposition  
Pauses + repas du samedi midi

Etudiant non thésé 150 €

Participera à la soirée de Gala du Vendredi 90 €

Accompagné de :  
 Nom : ..... Prénom : ..... 90 €

Soit un montant total de ..... Euros, à l'ordre de l'IMLA.

Réservation de chambre directement auprès de l'hotel  
Tarif préférentiel Congrès IMLA

Signature :