



Merci de retourner ce formulaire **daté et signé** à :
AIM FRANCE SAS - JHTA 2010
52, Rue Bichat - 75010 PARIS - France
Tél. : +33 (0)1 40 78 38 00 - Fax : +33 (0)1 40 78 38 10
E-mail: jhta2011@aimfrance.fr
Web: www.sfhta.org

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Pour participer aux **31^{es}** Journées de l'Hypertension Artérielle - **5th** International Meeting of the French Society of Hypertension, vous devez vous inscrire à l'avance. **Les inscriptions groupes (à partir de 6 individuels)** doivent se faire **directement en ligne sur le site www.sfhta.org** à l'espace inscription groupe. Vous pouvez vous inscrire en ligne (www.sfhta.org) ou télécharger et imprimer ce formulaire, et le retourner au Secrétariat des Journées par fax ou par courrier dûment rempli, daté et signé. Les droits d'inscription vous donnent accès à toutes les sessions des jeudi 15 et vendredi 16 décembre 2011, à l'exposition, aux pauses café, aux déjeuners et aux documents du congrès.

INFORMATIONS PERSONNELLES

Madame Mademoiselle Monsieur Pr Dr

NOM _____ PRENOM _____

en lettres capitales

en lettres capitales

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ VILLE _____ PAYS _____

TELEPHONE _____ TELECOPIE _____

E-MAIL _____

N° DE TVA INTRACOMMUNAUTAIRE _____

- Votre âge < 30 ans < 30 / 39 ans < 40 / 49 ans < 50 / 59 ans > 60 ans
 ➤ Etes-vous membre de la Société Française d'Hypertension Artérielle ? oui non

MODE PRINCIPAL D'EXERCICE

- CHU CHR Libéral Industrie
 INSERM / CNRS Autre, précisez : _____

SPÉCIALITÉ

- Cardiologie Néphrologie Médecine Générale HTA Médecine Interne
 Pharmacologie Diabétologie Anesthésie / Réanimation Autre, précisez : _____

TARIFS DES INSCRIPTIONS

	Jusqu'au 21 novembre 2011	A partir du 22 novembre 2011
Membre de la SFHTA (à jour de la cotisation 2011) <i>cotisants SFHTA - Sur présentation d'un justificatif de votre adhésion</i>	<input type="checkbox"/> 110 €	<input type="checkbox"/> 150 €
Non membre de la SFHTA	<input type="checkbox"/> 180 €	<input type="checkbox"/> 230 €
Chercheur statutaire / post doctorant (<i>Sur justificatif</i>)	<input type="checkbox"/> 60 €	<input type="checkbox"/> 80 €
Tarif journée (<i>Précisez le jour</i>)	80 € <input type="checkbox"/> Jeudi ou <input type="checkbox"/> vendredi	100 € <input type="checkbox"/> Jeudi ou <input type="checkbox"/> vendredi
Interne / DEA / Master Recherche / Doctorant / Infirmier / Technicien de Laboratoire (<i>Sur justificatif</i>)	<input type="checkbox"/> Gratuit	<input type="checkbox"/> Gratuit
Presse (<i>Sur justificatif</i>)	<input type="checkbox"/> Gratuit	<input type="checkbox"/> Gratuit

Pour cotiser à la SFHTA ou plus d'informations sur la Société, contacter directement le secrétariat :
 Rachida M'SSIEH - Tél. : +33 (0)1 44 90 70 30 - contact.sfhta@cardio-sfc.org

Reportez votre nom ici : _____

Merci de retourner ce formulaire **daté et signé** à :
AIM FRANCE SAS - JHTA 2010
52, Rue Bichat - 75010 PARIS - France
Tél. : +33 (0)1 40 78 38 00 - Fax : +33 (0)1 40 78 38 10
E-mail: jhta2011@aimfrance.fr
Web: www.sfhta.org



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

RÉDUCTIONS TRANSPORT

Vous pouvez demander des fichets de réduction sur (valable uniquement sur le réseau ferroviaire français - SNCF).

- Souhaitez-vous recevoir un fichet de réduction SNCF ? Oui Non
- N° d'agrément Air France valable pour transport du **09/12/2011** au **21/12/2011**/ Code Identifiant à communiquer **12600AF**

CONDITIONS D'ANNULATION

Toute demande d'annulation de votre inscription doit se faire impérativement par écrit (par lettre ou par fax) et doit être envoyée au Secrétariat des Journées selon les conditions suivantes :

- **Jusqu'au 14 novembre 2011** : remboursement de 50 % des frais d'inscription.
- **Après le 14 novembre 2011** : aucun remboursement ne sera effectué.

MODALITÉS DE RÈGLEMENT

Merci d'indiquer le mode de paiement que vous avez choisi :

- Par chèque - à l'ordre de **JHTA 2011**
- Par virement bancaire (*)

(*) Précisez clairement « **JHTA 2011** », ainsi que le nom du participant.
Merci de joindre une copie de l'ordre de virement.

Adresser votre virement à JHTA 2011 :

N° de compte : **1202529R002** - Clé RIB : **65** - Code banque : **40978** - Code guichet : **00071**
IBAN : **FR87 4097 8000 7112 0252 9R00 265** - BIC : **BSPFFRPPXXX**
Banque Palatine - 17-19, Place de Catalogne - 75014 PARIS - France

Par carte de crédit. Précisez :

Visa Eurocard / Mastercard

J'autorise AIM FRANCE à procéder au prélèvement de : _____ Euros sur ma carte de crédit.

N° de compte : _____ Code 3 chiffres (**): _____ Date d'expiration : _____

Nom du titulaire de la carte : _____

Adresse du Titulaire de la carte : _____

N° de téléphone du titulaire de la carte : _____

Date : _____ Signature du titulaire de la carte : _____

(**) Le code 3 chiffres correspond aux 3 derniers chiffres que vous trouverez au dos de votre carte de crédit.

Date :

Signature du participant : _____

Cachet