59E JOURNÉES SANTÉ-TRAVAIL

15 & 16 OCTOBRE 2024

59E JOURNÉES SANTÉ-TRAVAIL

Bulletin d’inscription

HÔTEL INTERCONTINENTAL PARIS - LE GRAND

2 rue Scribe, 75009 Paris

Merci d’indiquer clairement vos références en intitulé du virement, ou au dos du chèque le nom du SPSTI *(exemple : JST 2024 + nom du SPSTI + code postal en entier).*



Le bulletin est à retourner impérativement avant le 7 octobre 2024, par mail à : [secretariat@presanse.fr](mailto:secretariat@presanse.fr) avec règlement par virement de préférence.

Eventuellement, par courrier avec règlement par chèque à : Présanse (Journées Santé-Travail), 10 rue de la Rosière - 75015 PARIS.

**●** *Les intervenants éventuels de votre Service seront à inscrire sur un autre bulletin, de* ***couleur verte****, que vous recevrez prochainement (****1 tarif préférentiel*** *par communication)*

Nom du Service\* : ........................................................................................................................................................................

Département

Adresse de facturation\* : ......................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................

Code postal\* : ............................................................. Ville\* : ............................................................................................

Personne contact :

Nom\* : ............................................................................................................. Prénom\* : ..................................................................................................................

Tél\*. : ................................................................................. Mail\* : ...........................................................................................................................................................

***\*Mention obligatoire***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et prénom  *(en majuscules)* | Fonction | E-mail |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Prix de l’inscription *: forfait global (pauses et déjeuners compris) de 555,00 € HT + TVA 20 %, par participant, soit : 666,00 € TTC*

666 € TTC x ………… =… € TTC, à régler par :

Virement à l’ordre de Présanse *(****RIB*** *: 30066 / 10141 / 00010311801 / 77 -* ***Domiciliation*** *: CIC Paris) (****IBAN*** *: FR76 / 3006 / 6101 / 4100 / 0103 / 1180 / 177 -* ***Code BIC*** *CMCIFRPP)*

 Chèque joint à l’ordre de Présanse

Fait à ............................................ le ....................................................... Signature :

Air France

Code pour réduction : **GME50079AF**