



FORMULAIRE D'INSCRIPTION



**A retourner accompagné du règlement ou d'un bon de commande
avant le 20 septembre 2025 à :**

COMM Santé - 14e JBDP
32-34 rue Eugène Olibet - F 33400 TALENCE
Tél : 05 57 97 19 19
domitille.bergot@comm-sante.com



INSCRIPTION EN LIGNE : www.jbdp.fr

IDENTITÉ

Pr Dr M. Mme

Nom : Prénom :

Organisme :

Service :

Adresse :

CP : Ville :

Tél direct : Mobile :

E.mail (obligatoire pour recevoir une confirmation):

PROFESSION

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant/e | <input type="checkbox"/> Dermatologue pédiatrique | <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Psychologue |
| <input type="checkbox"/> Assistant/e médico-administratif/ve | <input type="checkbox"/> Etudiant/e - Externe | <input type="checkbox"/> Médecin de PMI | <input type="checkbox"/> Puériculteur/trice |
| <input type="checkbox"/> Auxiliaire de puériculture | <input type="checkbox"/> Infirmier/ère | <input type="checkbox"/> Médecin de santé publique | |
| <input type="checkbox"/> Cadre de santé | <input type="checkbox"/> Infirmier/ère puériculteur/trice | <input type="checkbox"/> Médecin scolaire | |
| <input type="checkbox"/> Dermatologue | <input type="checkbox"/> Interne | <input type="checkbox"/> Pédiatre | |
| <input type="checkbox"/> Représentant/e d'une société commerciale non partenaire du congrès | | | |
| <input type="checkbox"/> Autre, préciser : | | | |

Avez-vous participé aux précédentes éditions des JBDP ?

Si oui, lesquelles : 2024 2023 2022 2021

À REMPLIR EN CAS DE PRISE EN CHARGE

Organisme payeur :

Nom - Prénom du contact référent :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. :

E.mail (obligatoire pour recevoir une confirmation):

MODALITÉS D'INSCRIPTION

DROITS D'INSCRIPTION

| | Avant le 20/9 | Sur place |
|---|---------------|-----------|
| Membres AERDBM, SFPD, ESPD | 160,00 € | 190,00 € |
| Non membres | 190,00 € | 210,00 € |
| Internes - Etudiants/es | 70,00 € | 100,00 € |
| Professionnels para-médicaux | 100,00 € | 130,00 € |
| Formation continue - Frais administratifs à ajouter au montant de l'inscription | 100,00 € | / |
| Représentants de l'industrie (non partenaires du congrès) | 450,00 € | / |

- **Participant individuel :**
l'inscription sera effective après réception du présent formulaire complété et accompagné du règlement.
- **Inscription prise en charge par un établissement :**
l'inscription sera effective après réception du présent formulaire complété et revêtu du cachet de l'établissement.
- **Inscription sur place :**
le tarif majoré sera appliqué

Les droits d'inscription incluent :
- l'accès aux sessions scientifiques,
- les pauses-café,
- le cocktail-déjeunatoire.

DONNÉES GÉNÉRALES

Participation :

- Sessions du matin Sessions de l'après-midi Cocktail déjeunatoire

Inscription dans le cadre de la formation professionnelle :

N° d'agrément formation COMM Santé : 723 304 095 33

Congrès certifié Qualiopi



Certificat n° RNQ 3868

- Souhaite recevoir une convention de formation

RÈGLEMENT

Montant _____ €

- Par chèque bancaire en euros à l'ordre de COMM Santé

- Par virement bancaire :

Code banque : 10907 - Code guichet : 00001

N° de compte : 02021273181 - Clé RIB : 83

IBAN : FR76 1090 7000 0102 0212 7318 183

BPACA BX TOURNY

Préciser le nom de l'émetteur afin d'identifier le règlement.

CONDITIONS D'ANNULATION

Sur demande écrite exclusivement :

- Jusqu'au 20/9/2025, remboursement avec retenue de 20 € pour frais de dossier,
- A partir du 21/9/2025, aucun remboursement.

Les remboursements seront effectués après le congrès.

Tout événement extérieur entravant le bon déroulement du congrès ne donnera lieu à aucun remboursement.

PROTECTION DES DONNÉES

Conformément à ses engagements et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), COMM Santé collecte les données personnelles pour la gestion des inscriptions au congrès et pour son bon déroulement.

Les participants peuvent accéder aux données les concernant, demander leur effacement et disposer d'un droit d'opposition, de rectification et de limitation de leur traitement.

- Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives au traitement des données personnelles, conformément aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Date :

Signature :