

XII^{èmes}
ASSISES

VII^{ème}
Congrès
National

BULLETIN D'HÉBERGEMENT

Société Française de Lutte contre le Sida

Participant : Prof. Dr. Mme Mlle Mr.

Nom :

Prénom :

Hôpital : Service :

Adresse professionnelle :

.....

Ville : Code Postal : Pays :

Téléphone : Fax :

E-mail : @

Date d'arrivée : Date de départ :

CONDITIONS GENERALES

Seules les réservations accompagnées des arrhes correspondant à la première nuitée et aux frais de dossier (10 €) seront enregistrées.

Le solde du séjour est réglé directement à l'hôtel par les participants.

Annulation : elle doit être notifiée obligatoirement par écrit et nous parvenir avant le 1^{er} Juillet 2006.

Passé ce délai, ou en cas de « no show », les arrhes seront retenus par l'hôtel.

Hôtel **	Prix	Chambre Simple	Chambre Double	Chambre Twin
1 - Hôtel Victor Hugo		38,50 €	46,00 €	46,00 €
2 - Hôtel Le Chambellan		40,00 €	40,00 €	40,00 €
3 - Hôtel au Montchapet		43,35 €	56,00 €	56,00 €
4 - Hôtel du Stade		44,00 €	47,00 €	60,00 €
5 - Hôtel Jacquemart		44,00 €	49,00 €	49,00 €
6 - Hôtel Montigny		47,00 €	52,00 €	52,00 €
7 - Hôtel Ibis Dijon Central		70,00 €	79,00 €	79,00 €

Hôtel ***	Prix	Chambre Simple	Chambre Double	Chambre Twin
8 - Hôtel des Congrès		57,00 €	57,00 €	57,00 €
9 - Holiday Inn		71,00 €	92,00 €	92,00 €
10 - Hôtel des Ducs		74,20 €	82,40 €	92,40 €
11 - Hôtel Philippe Le Bon		93,00 €	104,00 €	104,00 €

Hôtel ****	Prix	Chambre Simple	Chambre Double	Chambre Twin
12 - Hostellerie du Chapeau Rouge		127,00 €	138,00 €	138,00 €

Ces prix s'entendent par nuit, hors petit-déjeuner et taxe de séjour.

Ils peuvent être sujets à légère modification.

Nuits : Mercredi 4 octobre Jeudi 5 octobre

Seules les réservations accompagnées des arrhes correspondant à la première nuit seront enregistrées.

Frais de dossier : 10 € Total arrhes 1^{ère} nuit €

MODALITES DE REGLEMENT

Veuillez établir un règlement séparé pour les arrhes hébergement.

Chèque Bancaire : Prière de libeller votre chèque à l'ordre de Nex&coM Santé RP Congrès

Carte de Crédit : VISA Eurocard Mastercard

N° de carte de crédit :

Date d'expiration :

Cryptogramme : (3 derniers chiffres au dos de la carte)

Nom du détenteur :

Lu et approuvé, le Signature

Veuillez retourner le bulletin dûment complété accompagné de votre règlement à :
 Nex&coM Santé RP Congrès - 9 rue Henri Martin - 92772 Boulogne-Billancourt cedex
 Tél : 01 46 43 33 00 - Fax : 01 46 43 33 34 - Email : congres@nex-com.com