

# 13<sup>ème</sup> CONGRÈS de la Société de Gérontologie de Bordeaux et du Sud-Ouest



**Gériatrie-gérontologie :  
réflexion et innovation !**

**28 & 29  
sept. 2023**

**Pessac**  
Institut des Métiers  
de la Santé

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

**À RETOURNER accompagné du règlement  
ou d'un bon de commande  
avant le 22 septembre 2023 à :**

COMM Santé - 13<sup>ème</sup> congrès de la SGBSO  
32-34 rue Eugène Obibet - 33400 TALENCE  
Tél : 05 57 97 19 19 - domitille.bergot@comm-sante.com

**INSCRIPTION  
EN LIGNE :  
[congres-sgbsso.com](http://congres-sgbsso.com)**

### IDENTITÉ

Pr  Dr  M.  Mme

Nom : ..... Prénom : .....

Organisme : .....

Service : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tel : .....

**E.mail** (obligatoire pour recevoir une confirmation) :

.....

### Profession :

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant/e                          | <input type="checkbox"/> Gériatre                    | <input type="checkbox"/> Pharmacien/ne            |
| <input type="checkbox"/> Assistant/e social/e                     | <input type="checkbox"/> Gestionnaire de cas         | <input type="checkbox"/> Pilote MAIA              |
| <input type="checkbox"/> Cadre de santé                           | <input type="checkbox"/> Infirmier/ère               | <input type="checkbox"/> Pharmacien               |
| <input type="checkbox"/> Coordinateur/rice<br>en parcours de soin | <input type="checkbox"/> Médecin coordonnateur       | <input type="checkbox"/> Psychiatre               |
| <input type="checkbox"/> Diététicien/ne                           | <input type="checkbox"/> Médecin généraliste         | <input type="checkbox"/> Psycho-gérontologue      |
| <input type="checkbox"/> Directeur/trice d'établissement          | <input type="checkbox"/> Médecin interniste          | <input type="checkbox"/> Psychologue              |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute                           | <input type="checkbox"/> Médecin de soins palliatifs | <input type="checkbox"/> Psychomotricien/ne       |
| <input type="checkbox"/> Etudiant/e - Externe                     | <input type="checkbox"/> Médecin urgentiste          | <input type="checkbox"/> Autre - Préciser : ..... |
|   | <input type="checkbox"/> Neurologue                  | .....   |

### MODALITÉS D'INSCRIPTION

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

## DROITS D'INSCRIPTION

### TARIFS NET \*

<b>MEMBRES DE LA SGBSO</b> (à jour de leur cotisation)	<b>AVANT LE 22/09/2023</b>	<b>SUR PLACE</b>
Médecins	160 €	180 €
Professionnels non médicaux	80 €	90 €
<b>NON MEMBRES DE LA SGBSO</b>		
Médecins	200 €	220 €
Professionnels non médicaux	110 €	130 €
<b>ETUDIANTS - INTERNES</b> <i>(sur présentation d'un justificatif)</i>	20 €	30 €
<b>REPRÉSENTANTS DE L'INDUSTRIE NON PARTENAIRES DU CONGRÈS</b>	210 €	230 €
<b>FORMATION CONTINUE</b>	230 €	230 €
<b>DÉJEUNER DU JEUDI 28 SEPTEMBRE</b> <i>Sous forme de panier repas</i>	18 €	18 €
<b>SOIRÉE DU JEUDI 28 SEPTEMBRE</b> <i>Incluant : cocktail dînatoire, animation musicale</i>	60	60 €

\* Les droits d'inscription incluent :  
- l'accès aux sessions scientifiques et aux ateliers,  
- les pauses-café des deux journées.

### À REMPLIR EN CAS DE PRISE EN CHARGE

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

Organisme payeur : .....

Nom - Prénom du contact référent : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tel : .....

E.mail (obligatoire pour recevoir une confirmation) : .....

Cocher cette case pour recevoir une convention de formation

### RÈGLEMENT

1/ Inscription	_____ €	} <b>TOTAL</b> _____ €
2/ Déjeuner du jeudi 28/09	Nbre X 18 € _____ €	
3/ Soirée du congrès du jeudi 28/09	Nbre X 60 € _____ €	

- Par chèque bancaire en euros à l'ordre de COMM Santé
- Par virement bancaire :  
Code banque : 10907 - Code guichet : 00001  
N° de compte : 12021273202 - Clé RIB : 67  
IBAN : FR76 1090 7000 0112 0212 7320 267  
BIC : CCBPFRPPBDX - Domiciliation : BPACA BX TOURNY

Frais de virement à la charge de l'émetteur.  
Préciser le nom de l'émetteur afin d'identifier le règlement.

Date : .....

Signature :

### CONDITIONS D'ANNULATION

Sur demande écrite exclusivement :  
> Jusqu'au 15/09/2023, remboursement avec retenue de 20 € euros pour frais de dossier  
> À partir du 16/09/2023, aucun remboursement.  
Les remboursements seront effectués après le congrès.  
Tout événement extérieur entravant le bon déroulement de la manifestation ne donnera lieu à aucun remboursement.

Cachet :