



## INSCRIPTION AU CONGRÈS

### LA RÉUNION DES PRATIQUES EN HYPNOSE " NOUT'DIVERSITÉ, NOUT'RICHESSSE "

MERCREDI 29 & JEUDI 30 NOVEMBRE 2017  
Au « LUX HÔTEL » DE LA SALINE LES BAINS  
ÎLE DE LA RÉUNION

#### Tarifs des inscriptions

L'inscription se fait uniquement pour l'ensemble des deux journées

|   | Avant le 15/03/2017 | Après le 15/03/2017 |
|---|---------------------|---------------------|
| Inscription individuelle                                    | 280 €               | 340 €               |
| Internes et étudiants études médicales<br>et para-médicales | 240 €               | 290 €               |
| Prise en charge Formation continue                          | 530 €               | 630 €               |

**Option : Deux déjeuners (midi) au « LUX HÔTEL » pour un montant total de 40€**

***À réception de votre paiement, vous recevrez un mail de confirmation.***

Votre inscription comprend :

- ✓ l'accès aux séances plénières et aux ateliers du Congrès
- ✓ les pauses et collations (en option les déjeuners sur le lieu du Congrès)
- ✓ un certificat de participation valant facture (remis sur place)

Congrès réservé aux professionnels de santé (formés ou non à l'hypnose)  
Retrouvez toutes les informations sur <http://hypnose-reunion.org/>



## CONGRÈS : LA RÉUNION DES PRATIQUES EN HYPNOSE

" NOUT'DIVERSITÉ, NOUT'RICHESSSE "

Je m'inscris aux deux journées du Congrès

**BULLETIN ET RÈGLEMENT (PAR CHÈQUE UNIQUEMENT À L'ORDRE DU CHOI)  
À ENVOYER PAR VOIE POSTALE À :**

**CHOI  
11 CANABADY II  
BV BANKS  
97410 SAINT-PIERRE**

Nom ..... Prénom .....

Profession médicale/para-médicale ou études médicales/para-médicales en cours .....

(Étudiants : joindre une photocopie de la carte étudiante de l'année en cours)

Lieu d'exercice / Université .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél portable : .....

Mail .....@.....

**Montant total (congrès + option déjeuners) : .....€**

Aucun remboursement ne sera effectué après le 30 septembre 2017 . Pour tout désistement avant cette date, 50 euros seront retenus pour frais de fonctionnement

---

**DANS LE CADRE D'UNE PRISE EN CHARGE :**

Nom de l'Établissement : .....

Adresse de Facturation où envoyer votre dossier .....

Code postal ..... Ville ..... Tél .....

mail du service responsable du dossier .....@.....

Congrès réservé aux professionnels de santé (formés ou non à l'hypnose)  
Retrouvez toutes les informations sur <http://hypnose-reunion.org/>