

Bulletin d'inscription au congrès patients Vendredi 08, Samedi 09 et Dimanche 10 octobre 2010

Nous vous remercions de prendre en compte **la date limite d'inscription du 15 septembre 2010.**

A envoyer à

HTAPFrance – Ludivine CHANTRAINE
8 allée des CHARMES
21380 ASNIERES LES DIJON

Coordonnées des participants

Participant n° 1 :

Nom : Prénom :

Adhérent à l'association : Oui Non

Patient HTAP : Oui Non . Si non, lien avec le patient HTAP :

N° et rue :

Code postal : Ville :

Tél : E-mail :

Participant n° 2 :

Nom : Prénom :

Adhérent à l'association : Oui Non

Patient HTAP : Oui Non . Si non, lien avec le patient HTAP :

N° et rue :

Code postal : Ville :

Tél : E-mail :

Participant n° 3 :

Nom : Prénom :

Adhérent à l'association : Oui Non

Patient HTAP : Oui Non . Si non, lien avec le patient HTAP :

N° et rue :

Code postal : Ville :

Tél : E-mail :

Participant n° 4 :

Nom : Prénom :

Adhérent à l'association : Oui Non

Patient HTAP : Oui Non . Si non, lien avec le patient HTAP :

N° et rue :

Code postal : Ville :

Tél : E-mail :

Il est indispensable de s'inscrire avec l'adresse complète pour les éventuels justificatifs : de présence, de paiements, de badges, etc.

Si l'un des participants ne participe pas à l'ensemble du congrès, merci de le préciser :

.....

Un participant souhaite apporter son aide lors du congrès : Oui Non

(Si oui, nous vous contacterons pour déterminer quelle mission peut lui être assignée)

Précisez si vous êtes personnel de santé (hors laboratoire pharmaceutique lié à l'HTAP) :

Profession :

Dans quel centre exercez-vous ?

Renseignements concernant le(s) patient(s)

Par quel hôpital êtes-vous suivi ?

Année du diagnostic :

Traitements :

.....

Je suis sous oxygène : gazeux ou liquide dans ce cas type de cuve ?

Mon débit oxygène est de : l/mn

Mon prestataire de services est :

(Mention obligatoire pour les patients sous oxygène)

J'utilise un fauteuil roulant : Oui Non

Je suis un régime autre que sans sel, lequel ?

J'ai besoin d'un équipement adapté (siège dans la douche...) ? Oui Non

Précisions éventuelles :

Hébergement et Restauration

Nuits sur place : Vendredi Samedi

Je souhaite une chambre simple lits jumeaux lit double

Nombre de personnes dans la chambre :

Accès handicapé :

Précisions :

.....

J'aurai besoin d'aide pendant le congrès, dans ce cas je précise le type d'aide :

.....

(Note : nous vous rappelons la présence d'Hélène Coulon du centre de référence de l'HTAP et de Nathalie Racine, infirmière de la société Vitalaire pour vous aider dans vos soins si nécessaires.)

Repas : Vendredi soir Samedi midi Samedi soir Dimanche midi

Préciser si c'est valable pour l'ensemble des participants :

Autres remarques utiles :

.....

.....

.....

Déplacement

- Je pense venir en train
- Je pense venir en avion
- Je souhaite que l'on vienne me chercher à la gare ou à l'aéroport
- Je pense venir en voiture (Je propose places pour covoiturage)
- Je suis intéressé(e) par un voyage en autocar au départ de :
- (Indiquer le Centre de Compétences le plus proche de chez vous)
Cette option ne sera possible qu'avec un nombre suffisant de personnes intéressées.
- J'ai des difficultés financières et j'ai besoin d'un dossier de demande de bourse pour une éventuelle aide à mon transport.

Tarif

(Tarif pour l'ensemble du congrès, il n'y aura pas de tarif différencié selon le temps de présence)

Participant(s) patients, nombre :	x 40 €	=	€
Participant(s) proches de patients, nombre :	x 60 €	=	€
Enfant(s) de 3 à 14 ans, nombre :	x 20 €	=	€
Enfant(s) de 0 à 3 ans, nombre :	Gratuit	=	0 €
Réduction adhérent(s), nombre :	x -10 €	= -	€

TOTAL = €

Je joins un chèque de € à l'ordre de HTAPFrance.

Je souhaite aider des patients à participer à ce congrès, je joins un chèque de € à l'ordre de HTAPFrance.

Je souhaite que HTAPFrance fasse parvenir un dossier d'inscription à :

Nom, prénom :

Adresse complète :

Nos différents supports de communication, tels que le journal Cap Vers, le site Internet www.htapfrance.com ou les brochures de présentation sont égayés d'illustrations, et notamment de photos. Lors de nos différentes manifestations, nous en profitons donc pour prendre nous-mêmes des photos. Votre photo, ou, le cas échéant, celle de votre enfant mineur, est donc susceptible d'être publiée sur l'un ou l'autre de nos supports. Dans cette perspective, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous donner l'autorisation d'utiliser de votre image. D'avance, merci !

J'autorise l'association HTAPFrance à publier :

ma photo

la photo de mon enfant mineur (son nom) :

A, le Signature