



FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU GALA AUDIOPROTHESE DE PARIS 2005

L'exploitation des informations communiquées ici servira exclusivement les activités relatives à l'association.

Cadre 1

Nom
Prénom
Date de naissance : / /
Adresse postale Code postal : Ville :
Adresse Mail
Téléphone(s)
Année de sortie du CPDA

Cadre 2

Votre statut	Etudiant CPDA promotion 2005/2006 <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Viendrez-vous accompagné ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>Si non passer au cadre 3</i>
Combien de personnes vous accompagneront ?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <i>A reporter ci-dessous</i>
Leurs coordonnées :	
Nom :	Prénom :
Nom :	Prénom :
Nom :	Prénom :
Nom :	Prénom :
Nom :	Prénom :

Cadre 3

	Nombre de personnes :
Plain Tarif (35€)	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Tarif étudiant CPDA 2005 / 2006 (20€)	1 <input type="checkbox"/>
Je règle par chèque(s) un montant total de : € *

* *Ordre : AE2 CNAM AUDIOPROTHESES*

Tout chèque reçu sera encaissé et les paiements le soir même ne seront pas acceptés.

Ce formulaire est à retourner accompagné du paiement par courrier à l'adresse ci-dessous **avant le Vendredi 28 Octobre 2005.**

Vous recevrez une confirmation de votre inscription à la soirée.



Anne-Laure CARLIER
14 A, rue Notre Dame de
Nazareth
75003 – PARIS

Pour information, nos coordonnées :

: 06-03-43-70-42

: bdeaudio_paris@yahoo.fr

: http://cf.geocities.com/bdeaudio_paris/