



Carton-réponse à retourner accompagné de votre chèque - JRO 2024

Pr Dr M. M^{me}

Nom : Prénom :

Mode d'exercice : Hospitalier Libéral Mixte

Adresse :

.....

Code Postal : Ville :

Tél. : E-mail :

Inscription et renseignements : JBH Santé - E-mail : la@jbhsante.fr • Site : jbhsante.com

- La collecte des informations nominatives est effectuée en conformité avec les dispositions légales en vigueur (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement (UE) 2016/679 dit RGPD). Vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification en nous contactant (JBH Santé 55 avenue Kléber, 75116 Paris ou webmaster@jbhsante.fr).
- Dans le cadre de la loi RGPD, JBH Santé doit recueillir le consentement du professionnel de santé à recevoir les communications de l'industrie pharmaceutique *via* email/emailing. En cochant cette case, j'accepte de recevoir les communications des partenaires de l'industrie *via* email/emailing.

Frais d'inscription TTC

(pour les 3 Journées)

Tarif présentiel et replay

<input type="checkbox"/> Ophthalmologiste	390 €
<input type="checkbox"/> Interne, CCA	200 € (<i>sur justificatif</i>)
<input type="checkbox"/> Paramédical	130 € (<i>sur justificatif</i>)

Tarif replay

<input type="checkbox"/> Ophthalmologiste	110 €
<input type="checkbox"/> Interne, CCA	70 € (<i>sur justificatif</i>)
<input type="checkbox"/> Paramédical	50 € (<i>sur justificatif</i>)

Total : € TTC

Règlement par chèque à l'ordre de JBH Santé