



## BULLETIN INSCRIPTION CADRES/ADHERENTS CSMF

à renvoyer impérativement à Vanessa SAVARD  
CSMF - 79, rue de Tocqueville 75017 PARIS  
Téléphone : 01 43 18 88 26 - E-mail : [vanessa.savard@csmf.org](mailto:vanessa.savard@csmf.org)

### MEDECIN PARTICIPANT

Nom : ..... Prénom : .....

Spécialité : .....

Adresse complète : .....

Téléphone portable : .....

Adresse mail : .....

Département adhérent CSMF : .....

### ACCOMPAGNANT

Nom : .....

Prénom : .....

### HEBERGEMENT SOUHAITE PRIS EN CHARGE

Mercredi 30 septembre 2026 \*     OUI     NON *(\*sous condition d'inscription et présence à une formation de l'ACFM le jeudi après-midi)*  
 Jeudi 1<sup>er</sup> octobre 2026         OUI     NON  
 Vendredi 2 octobre 2026       OUI     NON

Chambre single                     OUI     NON  
 Chambre double                 OUI     NON  
 Chambre twin (2 lits simples séparés)  OUI     NON

**Nous vous recommandons de vous inscrire avant le 1<sup>er</sup> juin. Votre chambre du samedi au dimanche est à réserver par vos soins. A réception de votre inscription, nous vous indiquerons dans quel hôtel vous serez hébergé.**  
*Tout no show sera facturé.*

### DINER DE GALA - VENDREDI 2 OCTOBRE

Je m'inscris au dîner     OUI     NON  
 Nombre de personne : .....

### DEPLACEMENT

Prise en charge des frais de déplacement sur justificatifs (parking et taxi compris) à hauteur de :  
 \* Métropole : 250€/pers  
 \* DROM : 1500€/pers (2 médecins par DROM pris en charge)

Adresse du Palais des Congrès Atlantia : 119 Avenue de Lattre de Tassigny - 44500 La Baule-Escoublac





**INSCRIPTION A LA FORMATION LE JEUDI 1<sup>er</sup> octobre de 14h à 17h30**

*Formations financées par le FAF PM*

*Merci de nous fournir votre attestation de versement à l'URSSAF*

*Ne cocher qu'une seule formation*

- Sensibiliser les médecins à l'aptitude médicale à la conduite automobile
- Responsabilité environnementale du médecin libérale
- Accueillir la parole d'une victime de violences conjugales
- Optimiser la dynamique de groupe

**REGLEMENT DE VOTRE INSCRIPTION**

	<b>Tarif</b>	<b>Nbre</b>	<b>Totaux</b>
<b>Inscription médecin</b>	280€		
<b>Inscription sans hébergement</b>	120€		
<b>Inscription retraité non actif</b>	120€		
<b>Frais accompagnant</b>	120€		
<b>Nouvel adhérent 2026</b>	0€		
<b>TOTAL DU PAIEMENT</b>	-	-	---- €

- Par chèque à l'ordre de SOPROMED
- Par virement bancaire en indiquant votre nom :  
IBAN : FR11 3000 2004 3700 0044 6807 Z78 BIC : CRLYFRPPXXX
- Sur notre site : <https://www.csmf.org/actualites/les-universites-de-la-csmf-2026/>