

# 13<sup>es</sup> JOURNÉES FRANCOPHONES DE THÉRAPIE FAMILIALE SYSTÉMIQUE DE LYON

## Inscription

En ligne sur [therafam-lyon-2018.ch](http://therafam-lyon-2018.ch) ou en complétant  
le formulaire ci-dessous et en l'envoyant par :

- **mail**: [lyon2018@medhyg.ch](mailto:lyon2018@medhyg.ch)
- **fax**: +41 (0)22 702 93 55
- **courrier**: 13<sup>es</sup> Journées de Lyon – Editions MH – Chemin de la Mousse 46  
1225 Chêne-Bourg – Suisse

**Contact**: Marina Casselyn - [lyon2018@medhyg.ch](mailto:lyon2018@medhyg.ch) – +41 (0)22 702 93 46

.....  
M<sup>me</sup>, M., Dr

.....  
Profession

.....  
Adresse

.....  
E-mail

- règle  380 € (430 CHF) **avant** le 31/01/2018  
 420 € (470 CHF) **après** le 31/01/2018

*Etudiant, personne en cycle de formation (sur justificatif) – Groupes 5 pers. min.:*

- 260 € (290 CHF) **avant** le 31/01/2018  
 280 € (320 CHF) **après** le 31/01/2018

et  60 € (70 CHF) **pour participer au dîner de gala du vendredi 1<sup>er</sup> juin**

- par chèque** (à joindre avec le bulletin) à l'ordre des Editions M&H  
 **par carte**  VISA  Eurocard/Mastercard

Carte n° ..... Date d'exp.: .....

Nom sur la carte: .....

- par virement**

Belgique: Bpost Bank – IBAN BE45 0000 7896 6989

France: IBAN FR76 3000 3001 1500 0280 1045 690 – BIC SOGEFRPP

- sur facture**

Pour une prise en charge institutionnelle faire compléter la partie  
correspondante au verso

*tourner s.v.p*

**Inscription aux ateliers INDISPENSABLE**

Jeudi 31 mai      1<sup>er</sup> choix A..... 2<sup>e</sup> choix A..... 3<sup>e</sup> choix A.....

Vendredi 1<sup>er</sup> juin      1<sup>er</sup> choix A..... 2<sup>e</sup> choix A..... 3<sup>e</sup> choix A.....

**L'inscription ne sera considérée comme effective qu'à la réception  
du paiement ou l'accord de la prise en charge.**

Prise en charge institutionnelle  
de l'inscription

.....  
Institution (nom et adresse)

.....

.....  
E-mail

.....

En son représentant M. ou M<sup>me</sup>

déclare prendre en charge les frais d'inscription  
aux 13<sup>es</sup> Journées de Lyon de

.....  
M<sup>me</sup>, M., Dr

.....  
Date

.....  
Signature et cachet