



EAPC ONLUS

REGISTRATION FORM / *BULLETIN D'INSCRIPTION*

2nd Congress of the Research Network of the European Association for Palliative Care
2^{ème} Congrès du Réseau de Recherche de l'Association Européenne de Soins Palliatifs

"Research in Palliative Care" / "Recherche en soins palliatifs"

Please PRINT or TYPE in BLOCK letters / *Merci d'écrire en majuscules*

1

SURNAME / NOM

FIRST NAME (S) / PRENOM

QUALIFICATION / PROFESSION

TITLE / TITRE : ☐ Prof ☐ Dr ☐ Mr ☐ Ms.

FULL MAILING ADDRESS / ADRESSE

TOWN / VILLE POSTAL CODE / CODE POSTAL

COUNTRY / PAYS

TEL FAX

E-MAIL

2

☐ **YES**, I am interested in attending the **Course in Methodology of Research** for which I will not be charged with any additional cost.

OUI, je suis intéressé(e) et désire m'inscrire aux cours de méthodologie de la recherche, sans surcoût.

☐ **NO**, I am not interested in the **Course in Methodology of Research**.

NON, je ne suis pas intéressé(e) par les cours de méthodologie de la recherche.

3 Please tick / Veuillez cocher svp

REGISTRATION FEES / ENREGISTREMENT

	Up to feb 28 th 2002 <i>Jusqu'au 28/02/02</i>	From march 1 st <i>A partir du 01/03/02</i>	Onsite registration <i>Sur place</i>
EAPC Members* <i>Membres EAPC</i>	€ 300	€ 380	€ 400
EAPC Number <i>Numéro d'inscription à l'EAPC</i>			
Non Membres <i>Non membres</i>	€ 400	€ 480	€ 500
Accompagnant <i>Accompagnant</i>	€ 100	€ 100	€ 100

*FPCF / FWSP / CSHPC / CACS / PASYKAF / JALMALV / SFAP / UNASP / DGP / AHSPCSW / APMGB / RCN / HAPCPC / HSPSC / HHPA / IAPC lsr / IAPC lrl / FCP / SICP / NPTN / SRPT / SCBCP / SECPAL / SFPM / SSMSF.

4 Please complet / Veuillez compléter svp

Lunch / Déjeuner

Friday, May, 24 / <i>Vendredi 24 mai</i>	€ 15 x _____ *
Saturday, May, 25 / <i>Samedi 25 mai</i>	€ 15 x _____ *

*Please, think of integrating your accompagnant / Pensez à intégrer votre accompagnant.

5 Please tick / Veuillez cocher svp

Please, think ok making the total (Registration fees / Accompagnant / Lunch).

Pensez à faire le total (Enregistrement / Accompagnant / Déjeuner).

☐ Payment by cheque in euros / Paiement par chèque en Euros

Send your cheque made payable to "ACCOMPAGNER" with this form.

Envoyer le chèque libellé à l'ordre de "ACCOMPAGNER" avec ce formulaire.

☐ I wish to pay by credit card, VISA or Mastercard only / J'aimerais payer par carte de crédit

Please debit from my credit card the amount of € _____

Veuillez porter la somme de € _____ au débit de ma carte de crédit

Payment by Credit Card / Paiement par carte de crédit

☐ Visa

☐ Master Card

Number / Numéro : | | | | | | | | | | | | | | | |

Card expiry date / Date d'expiration : ____ / ____ / ____

Signature

Date

☐ Bank transfer to (please cover bank charges)

Virement bancaire (veuillez inclure les frais bancaires)

Crédit Lyonnais Villefranche Sur Saone Titulaire du compte "Accompagner"

Banque 30002 agence 01049 account number 0000079746T

RIB 36 : 300002 01049 0000079746T 36 IBAN FR78 3000 2010 4900 0007 9746 T36 BIC CRL



Please send the form to / Envoyer ce formulaire à : 2nd RPC Congress SECRETARIAT

Dr Marilène FILBET - HGVA - 69380 ALIX - FRANCE

Tél. 00 33 (4) 72 54 19 11 / 00 33 (4) 72 54 19 41 / Fax : 00 33 (4) 72 54 19 42

E-mail : m.filbet@libertysurf.fr / marilene.filbet@chu-lyon.fr