



Soins intensifs à domicile Temporalités plurielles

Intensité et temporalité au cœur des nouvelles pratiques

Bulletin d'inscription

NOM :
 Prénom :
 Fonction :
 Service :
 Lieu d'exercice :
 Téléphone :
 Courriel :

Tarif : 50 € pour la journée du 10 février 2022

- Par chèque à l'ordre d'ASPIAD à envoyer à EQUIPAD 10 rue Charles Brunelière 44100 NANTES
- Par virement, indiquer la référence du virement :

| Crédit Mutuel | | | | | |
|--|---------|-------------------------|--|--------|-------------------------------|
| RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE | | | | | |
| Identifiant national de compte bancaire - RIB | | | | | |
| Banque | Guichet | N° compte | Clé | Devise | Domiciliation |
| 10278 | 36160 | 00012230101 | 36 | EUR | CCM SAINT SEBASTIEN SUR LOIRE |
| Identifiant international de compte bancaire | | | | | |
| IBAN (International Bank Account Number) | | | BIC (Bank Identifier Code) | | |
| FR76 | 1027 | 8361 6000 0122 3010 136 | CMCIFR2A | | |
| Domiciliation CCM SAINT SEBASTIEN SUR LOIRE 26 RUE MAURICE DANIEL 44230 ST SEBASTIEN SUR LOIRE ☎ 02 51 88 67 60 | | | Titulaire du compte (Account Owner) A S P I A D 5 ALLÉE DE L'ILE GLORINETTE 44000 NANTES | | |
| Remettez ce relevé à tout organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution. | | | | | |
| PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ | | | | | |

Un justificatif de paiement vous sera renvoyé sur demande
Un justificatif de présence vous sera remis le jour du colloque

