



**Association HTaP France**  
5, rue du lac Léman – 91140 Villebon-sur-Yvette – France  
Tél. : + 33 (0)6 37 44 52 80  
Courriel : [administration@htapfrance.com](mailto:administration@htapfrance.com)  
Internet : [www.htapfrance.com](http://www.htapfrance.com)



## BULLETIN D'INSCRIPTION AU 4<sup>e</sup> CONGRÈS PATIENTS

**Du 11 au 13 octobre 2019, à LYON – Valpré.**

Je participerai au 4<sup>e</sup> Congrès Patients du 11 au 13 octobre 2019

en tant que :

- Malade  Médecin/Infirmier(ère)/Soignant(e)  
 Proche de malade  Autre

Adhérent(e) d'HTaP France  OUI  NON

1<sup>ère</sup> participation  OUI  NON

Complétez ce bulletin et  
retournez-le  
accompagné de votre règlement  
**au plus tard le 13 septembre 2019**

soit par courrier postal à  
**HTaP France**  
**5, rue du lac Léman**  
**91140 VILLEBON-SUR-YVETTE**

soit par e-mail à :  
**[administration@htapfrance.com](mailto:administration@htapfrance.com)**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**N° et rue :** .....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

**Tél. :** ..... **E-mail :** .....@.....

**Nombre de personnes :** .....

**Mes accompagnants :**

Nom : ..... Prénom : ..... Code postal : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Code postal : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Code postal : .....

**Renseignements sur le patient**

Année du diagnostic : ..... Traitement : .....

Dans quel hôpital ou Centre de compétence êtes-vous suivi ?.....

Je serai sous oxygénothérapie :  OUI  NON

Type d'appareil :  bouteille portable d'oxygène gazeux ou  extracteur portable. Mon débit est de : .....l/min

Mon prestataire de services est : ..... *(mention obligatoire)*

**Il est indispensable que vous vous rapprochiez de votre prestataire habituel pour que le relais soit organisé avec lui et pour que vous soyez assuré d'avoir votre matériel sur place.**

Je suis un régime alimentaire particulier, quel type ? (Le repas sera préparé sans sel, des salières seront sur les tables).....

Je me déplace en fauteuil roulant

J'ai des difficultés financières et j'ai besoin d'un dossier de demande de bourse pour obtenir une aide éventuelle pour mon transport

**SUITE AU DOS...**

## COÛT DE PARTICIPATION

Le coût de revient du congrès s'élève à 250 € par participant. Grâce au soutien de nos partenaires, nous avons pu prendre en charge une grande partie des frais d'hébergement et de restauration.

Si vous souhaitez soutenir ce projet, votre don est le bienvenu.

ADHÉRENTS D'HTAPFRANCE		NON ADHÉRENTS
Malades	Autres que malades	
70.00 €	80.00 €	100.00 €

Ces frais de participation comprennent les nuits de vendredi et samedi, les repas (boissons comprises) du vendredi soir au dimanche midi inclus. Ce tarif est valable pour l'ensemble du congrès, quel que soit le temps de présence. Sinon, **prix de la journée : 50.00 € incluant le repas de midi**, sans hébergement.

## RÉSERVATION DES CHAMBRES

Veuillez indiquer le nombre de chambres dans les cases correspondantes.

Chambres	Chambre simple	Chambre double	Chambre lits jumeaux	Chambre familiale
Nuits				
Nuit de vendredi				
Nuit de samedi				

## RÉSERVATION DES REPAS

Veuillez indiquer le nombre de personnes dans les cases correspondantes.

Vendredi 11/10	Samedi 12/10		Dimanche 13/10
Dîner	Déjeuner	Dîner	Déjeuner

## MONTANT DÛ

**Forfait congrès :** Nombre de personnes x 70.00 € = .....€  
Nombre de personnes x 80.00 € = .....€  
Nombre de personnes x 100.00 € = .....€

**Ou, forfait journée :** Nombre de personnes x 50.00 € = .....€

**Je souhaite faire un don**                      **Montant du don :** .....€

**Montant total = .....€**

Règlement par chèque à l'ordre de HTaPFrance

Règlement par virement bancaire sur le compte de l'association HTaPFrance

**IBAN : FR76 1027 8014 2000 0206 5300 146 BIC (Bank Identification Code) : CMCIFR2A**

Motif pour le bénéficiaire : **CONGRES PATIENTS 2019**

NOM : ..... PRÉNOM : .....

LIEU : ..... DATE : .....

SIGNATURE :