



Conférence Européenne sur la Gestation pour Autrui, le Don d'Ovocytes et de Sperme.

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Veuillez compléter ce formulaire et nous l'envoyer par courriel ou par fax au Secrétariat de conférence avant le 27 Juillet, 2009. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter Ms Heidi Mares. Tel : +001-858-748-4133. Fax : +001-858-248-4137. Email : HMares@EricksonLawt.net. Ou pour un interlocuteur parlant français Mr Michel Tournay. Tel : +001-858-248-4137. Email : Michel@ConceptualOptions.com .

Information Personnel (Veuillez remplir en MAJUSCULE).

* tous les champs marqué d'un astérisque sont requis pour l'inscription.

* **Titre** : M. Mme. Mlle Pr. Dr. Autres (veuillez précisez : _____)

* **Sujet intéressé** :

Gestation pour Autrui Don d'Ovocytes Don de Sperme questions légales Autres : _____

* **Prénom** : _____ * **initiale du 2eme prénom** _____

* **Nom** : _____

* **Nom pour le badge** : _____ * **Age** : _____

Adresse postale : _____

Code Postal : _____ **Ville** : _____ * **Pays** : _____

* **Tél** : _____ **Fax** : _____

* **Adresse courrier électronique** : _____

* **Langues Parlé (veuillez encercler)** : Français Anglais Espagnol Autre (_____)

Personne accompagnant : (Veuillez remplir en MAJUSCULE).

* **Titre** : M. Mme. Mlle

* **Prénom** : _____ * **initiale du 2eme prénom** _____

* **Nom** : _____

* **Nom pour le badge** : _____ * **Age** : _____

* **Adresse courrier électronique** : _____

* **Langues Parlé (veuillez encercler)** : Français Anglais Espagnol Autre (_____)

Sommaire des paiements (la Facturation sera en US Dollars)

* Frais d'inscription :

- 1^{er} Participant à la Conférence \$150.00 USD
- 2eme Participant à la Conférence \$100.00 USD
- Consultation personnel d'une heure avec l'avocate en maternité assisté Maitre Theresa M. Erickson \$100.00

L'avocate sera disponible le Jeudi 30 et Vendredi 31 Juillet 2009 de 09 :00 à 15 :00

Date demandée : Jeudi 30 Juillet 2009 Heures : () exemple : 09 :00 -10 :00.

Date demandée : Vendredi 31 Juillet 2009 Heures : () exemple : 09 :00 -10 :00.

**** Les consultations personnelles seront réservées par ordre d'enregistrement, nous vérifierons la date et heures dans les 72 heures suivant votre inscription.

Montant total : _____ \$ Dollars US

En signant ci-dessous je demande et autorise Erickson Law, P.C. à débité ma carte de crédit comme défini ci-dessous et accepte qu'il n'y a pas de remboursement des frais d'inscription :

* **Mode de paiement : type de carte :** VISA Master American Express

* **Nom du détenteur :** _____

(comme figurant sur la carte de crédit)

Numéro de carte : _____

Date d'expiration : _____

V-code (Visa & Master 3 digits) : _ _ _ **V-code (American Express) _ _ _ _**

Montant total (en dollars US) : _____ \$

Signature du détenteur de la carte : _____

Date : _____

Tout annulation ou changement doit être communiqué à la secrétaire de conférence par écrit par lettre, fax ou email avant le 27 Juillet pour un remboursement de 50% du montant total. Après cette date toute demande de remboursement sera non recevable se qui inclus les cas d'absence. Les remboursements seront traités un mois après la conférence, moins les taxes applicables et les frais de banques.

Veuillez faxer ce formulaire par fax au : 001-858-248-4137 ou envoyez par email à HMARES@EricksonLaw.net