Drogues & cultures — Drugs & cultures

Conférence Internationale / *International Conference*

Paris, Sciences Po – du 11 au 13 décembre 2008 / *December 11-13, 2008* -
Adresse : 27, rue Saint Guillaume 75007 Paris, France

SciencesPo. | Chaire Santé | OFDT OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES

BULLETIN D'INSCRIPTION/*REGISTRATION FORM*

On line registration : www.b-c-a.fr/ofdt2008

Coordonnées/*Contact details:*

Titre/*Title*: ❑ Pr ❑ Dr ❑Mme/*Mrs* ❑ M/*Mr*

Nom/*Last Name:*..... Prénom/*First Name:*.....

Institut/*Institute*.....

Société/*Organisation*:.....

Service /*Department:*.....

Adresse/*Address:*.....

CP/*Zip code*:..... Ville/*City*:.....

Pays /*Country* :.....

Tel/*Phone* :.....Fax :.....

Email :.....

Inscription/*Registration:*

Droits d'inscription/*Registration fees:*	***Avant le 31 octobre 2008/ Before October 31, 2008***	***A partir du 31 octobre 2008/ From October 31, 2008***
Inscription valable pour les 3 jours (comprenant l'accès à toutes les séances de la conférence, les sacoches congressistes, les pauses café et le cocktail du 11 décembre 2008) *Conference registration - 3 days only rate (including access to conferences, congress bags, coffee breaks and cocktail dinner on December 11,2008)*	❑ **250 € TTC*** ***VAT 19.6% included**	❑ **300 € TTC*** ***VAT 19.6% included**

Inscription (gratuite) au cocktail le 11 décembre 2008 /*Cocktail participation on December 11, 2008 :*

❑ Je confirme ma participation au cocktail/ *I will attend the cocktail dinner*

❑ Je ne pourrai pas participer au cocktail /*I will not attend the cocktail dinner*

Paiement/*Payment:*

Toute inscription sera effective à reception du paiement/*Registration will only be effective after payment*

❑ Par virement bancaire (joindre obligatoirement une demande d'achat, un bon de commande ou une attestation officielle de prise en charge de l'employeur) / *By bank transfert* (Join necessarily a purchase order)

❑ Par chèque libellé à l'ordre de BCA / *By check to the order of* ***BCA***

❑ Par carte de credit/*By credit card* : ❑ Visa ❑ Eurocard/Mastercard

J'autorise BCA à débiter ma carte de credit d'un montant de /*I authorize BCA to debit my credit card for the payment of :*

.....€ - Titulaire de la carte/*Card holder name*:.....

N°/_ _ _ _/ _ _ _ _/ _ _ _ _/ _ _ _ _/ Date d'expiration/*Expiration date* _ _ / _ _

Date:..... Signature:

Formulaire à retourner à :
Please return this form to:

BCA
38 rue Anatole France - 92594 Levallois Perret Cedex - France
T : +33 (0)1 70 94 65 00 - F : +33 (0)1 70 94 65 01
contact@b-c-a.fr - www.b-c-a.fr