

# 15<sup>ème</sup> CONGRÈS de la Société de Gérontologie de Bordeaux et du Sud-Ouest



“ ÇA CHAUFFE EN GÉRIATRIE ! ”



9 et 10  
oct. 2025

LE CONNECTEUR  
**BIARRITZ**

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

**À RETOURNER accompagné du règlement  
ou d'un bon de commande avant le 30 septembre 2025 à :**  
**COMM Santé - 15<sup>ème</sup> congrès de la SGBSO**  
32-34 rue Eugène Olibet - 33400 TALENCE  
Tél : 05 57 97 19 19 - [domitille.bergot@comm-sante.com](mailto:domitille.bergot@comm-sante.com)

**INSCRIPTION  
EN LIGNE :  
[congres-sgbsso.com](http://congres-sgbsso.com)**

### IDENTITÉ

Pr  Dr  M.  Mme

Prénom : ..... Nom : .....

Organisme : .....

Service : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tel : .....

**E.mail** (obligatoire pour recevoir une confirmation) :  
.....

### Profession :

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aide-soignant/e                          | <input type="checkbox"/> Gestionnaire de cas         | <input type="checkbox"/> Pharmacien   |
| <input type="checkbox"/> Assistant/e social/e                     | <input type="checkbox"/> Infirmier/ère               | <input type="checkbox"/> Psychiatre   |
| <input type="checkbox"/> Cadre de santé                           | <input type="checkbox"/> Médecin coordonnateur       | <input type="checkbox"/> Psycho-gérontologue  |
| <input type="checkbox"/> Coordinateur/rice<br>en parcours de soin | <input type="checkbox"/> Médecin généraliste         | <input type="checkbox"/> Psychologue  |
| <input type="checkbox"/> Diététicien/ne                           | <input type="checkbox"/> Médecin interniste          | <input type="checkbox"/> Psychomotricien/ne   |
| <input type="checkbox"/> Directeur/trice d'établissement          | <input type="checkbox"/> Médecin de soins palliatifs | <input type="checkbox"/> Représentant/e de l'industrie<br>(non partenaire du congrès) |
| <input type="checkbox"/> Ergothérapeute                           | <input type="checkbox"/> Médecin urgentiste          | <input type="checkbox"/> Autre - Préciser :<br>.....                                  |
| <input type="checkbox"/> Etudiant/e - Externe                     | <input type="checkbox"/> Neurologue                  |   |
| <input type="checkbox"/> Gériatre                                 | <input type="checkbox"/> Pharmacien/ne               |   |
|   | <input type="checkbox"/> Pilote MAIA                 |   |

### MODALITÉS D'INSCRIPTION

- **Participant individuel :**  
inscription effective après réception du présent formulaire complété et accompagné du règlement.
- **Inscription prise en charge par un établissement :**  
inscription effective après réception du présent formulaire complété et /ou accompagné d'un bon de commande.
- **Inscription sur place :**  
le tarif majoré sera appliqué.

## DROITS D'INSCRIPTION

### TARIFS TTC

#### MEMBRES DE LA SGBSO (à jour de leurs cotisations)

	AVANT LE 30/09/2025	SUR PLACE
Médecins	180 €	200 €
Professionnels para-médicaux et non médicaux	100 €	120 €

#### NON MEMBRES DE LA SGBSO

Médecins	220 €	240 €
Professionnels para-médicaux et non médicaux	130 €	150 €

#### ETUDIANTS - INTERNES

(sur présentation d'un justificatif)

REPRÉSENTANTS DE L'INDUSTRIE NON PARTENAIRES DU CONGRÈS	250 €	270 €
--	-------	-------

#### FORMATION CONTINUE

Frais administratifs à ajouter au montant de l'inscription

COCKTAIL DÉJEUNATOIRE DU JEUDI 09/10	30 €	30 €
--------------------------------------	------	------

#### DÎNER DU JEUDI 09/10

	60 €	60 €
--	------	------

Les droits d'inscription incluent :

- l'accès aux sessions scientifiques et aux ateliers,
- les pauses-café des deux journées.

## À REMPLIR EN CAS DE PRISE EN CHARGE

N° d'agrément formation COMM Santé : 723 304 095 33

Organisme payeur : .....

Prénom - Nom du contact référent : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tel : .....

E.mail (obligatoire pour recevoir une confirmation) : .....

Cocher cette case pour recevoir une convention de formation



## RÈGLEMENT

1/ Inscription			} TOTAL	_____ €
2/ Cocktail-déjeunatoire du jeudi 9/10	Nbre X 30 €	_____		
3/ Soirée du congrès du jeudi 9/10	Nbre X 60 €	_____		

Par chèque bancaire en euros à l'ordre de COMM Santé

Par virement bancaire :

Code banque : 10907 - Code guichet : 00001

N° de compte : 12021273202 - Clé RIB : 67

IBAN : FR76 1090 7000 0112 0212 7320 267

BIC : CCBPFRPPBDX - Domiciliation : BPACA BX TOURNY

Frais de virement à la charge de l'émetteur.

Préciser le nom de l'émetteur afin d'identifier le règlement.

Date : .....

Signature :

### CONDITIONS D'ANNULATION

Sur demande écrite exclusivement :

- Jusqu'au 30/9/2025, remboursement avec retenue de 20 € pour frais de dossier

- A partir du 1/10/2025, aucun remboursement.

Les remboursements seront effectués après le congrès.

Tout événement extérieur entravant le bon déroulement de la manifestation ne donnera lieu à aucun remboursement.

Cachet :