à retourner à :

ASSOCIATION O.E.I.L. - Centre Ophtalmologique
8, rue Ferme da Baita - 64500 St Jean de Luz

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tél. : .....

Fax. : .....

e-mail : .....

toute l'info du congrès sur :
www.asso-oeil.com

❒ **Avant le 01/09/06**	**200,00 €**
❒ **Aprés le 01/09/06**	**280,00 €**
❒ **Interne et CCA**	**150,00 €**
❒ **OUI, je serai présent au dîner de gala**	
❒ **accompagnant**	**75,00 €**
RÉGLEMENT TOTAL :	**,00 €**

❒ **Par chèque : à l'ordre de l'Association O.E.I.L.**

❒ **Par Carte Visa**

Nom du titulaire de la carte : _____

N° |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

Date d'expiration |_|_|_|_|

Autorise le règlement ci-dessous

Signature obligatoire du titulaire