



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

CONGRÈS FRANCOPHONE SUR L'HYPERTENSION PULMONAIRE – 2019

Holiday Inn, Longueuil, 18-20 octobre 2019

GÉNÉRALITÉS

1. Il faut être membre de la Fondation HTAPQ (hypertension artérielle pulmonaire – Québec) pour participer au Congrès. Pour devenir membre, **complétez le formulaire d'adhésion** ci-joint et ajoutez-le au formulaire d'inscription. Si vous n'êtes pas une personne atteinte de la maladie pour qui le membership est gratuit, ajoutez le montant de la cotisation annuelle (10 \$) au paiement de votre inscription au Congrès.

2. Le coût de l'inscription comprend :

- Tous les repas du samedi, le déjeuner du dimanche et les collations pendant les pauses ;
 - L'hébergement du vendredi soir (si désiré) et du samedi soir, pour les personnes demeurant à **plus de 50 km** de l'hôtel ;
 - L'hébergement du samedi soir (si désiré) pour les personnes demeurant à **50 km et moins** de l'hôtel ;
- L'accès aux services de l'hôtel incluant : stationnement, Internet haute-vitesse, piscine intérieure et salle de conditionnement physique ;
 - Notez que toute la documentation ainsi que l'ensemble des présentations seront en français seulement.

3. Si vous éprouvez des difficultés financières qui empêchent votre inscription, nous évaluerons la situation. Pour ce faire :

- Si **vous résidez au Québec**, veuillez communiquer avec M. Pierre Lachance
par courriel : htapqcongres@gmail.com
OU par téléphone au : (450) 773-5311 ;
- Si **vous résidez hors Québec**, veuillez communiquer avec M. Michaël Robach
par courriel : info@PHACanada.ca
OU par téléphone au : 1-877-774-2226 ext 102.

BESOINS PARTICULIERS

1. Si vous n'avez pas de **fauteuil roulant**, mais aimeriez en avoir un pour vos déplacements dans l'hôtel, veuillez cocher la case suivante :
☐ **OUI**, je souhaite avoir un fauteuil roulant à ma disposition dans l'hôtel.

2. Avez-vous des **allergies alimentaires** ?

☐ **NON** ☐ **OUI**

3. Si **vous avez des allergies alimentaires**, lesquelles :

4. Autres besoins ? Merci de préciser :

AUTORISATION POUR PHOTOS / VIDÉOS

Par la présente, je consens à accorder à la Fondation HTAPQ (hypertension artérielle pulmonaire – Québec), les droits à mon image, à ma ressemblance dans une photographie et au son de ma voix enregistrée sur vidéo, sans compensation ou autre forme de considération, pour utilisation à tout moment et dans les différents médias utilisés y compris, mais sans s'y limiter, les vidéos promotionnelles, les communiqués de presse ainsi que toute autre forme de matériel imprimé ou électronique (Internet, Facebook et autres réseaux sociaux de la Fondation HTAPQ).

Je comprends que mon image photographique pourrait être éditée, copiée, exposée, publiée ou distribuée et je renonce au droit d'inspecter ou d'approuver le produit fini dans lequel ma photographie ou ma ressemblance apparaît.

Cette autorisation ne s'applique qu'aux enregistrements photographiques ou vidéos captés dans le cadre du **Congrès francophone – 2019**. Il n'y a pas de limite mettant fin à la validité de cette autorisation, ni de restriction géographique quant aux matériels pouvant être distribués. Par la présente, je dégage de toute responsabilité la Fondation HTAPQ, ses représentants officiels ou tous organisateurs travaillant pour le compte de la Fondation HTAPQ qui utiliseront ce matériel à des fins promotionnelles, informatives ou éducationnelles.

En cochant ci-après ☐ , j'atteste avoir lu et compris les conditions de cette autorisation et je m'engage à respecter toutes ces conditions.

Compléter le verso également ...



Considérant les contraintes de l'hôtel,
les inscriptions reçues après le 15 septembre 2019
pourraient être refusées

INSCRIPTION

1^{ÈRE} PERSONNE À INSCRIRE :

☐ Personne atteinte ; ☐ Accompagnateur ; ☐ Autre (précisez) : _____

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE : No. civique rue, avenue, boul. # app. Ville Province Code postal

No. TÉLÉPHONE : () – COURRIEL :

2^E PERSONNE À INSCRIRE :

☐ Personne atteinte ; ☐ Accompagnateur ; ☐ Autre (précisez) : _____

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE : No. civique rue, avenue, boul. # app. Ville Province Code postal

No. TÉLÉPHONE : () – COURRIEL :

VEUILLEZ REMPLIR LE TABLEAU SUIVANT ET INSCRIRE LE MONTANT TOTAL À PAYER :

		D'ici le 15 sept. 2019	Après le 15 sept. 2019
Sans hébergement	Personne atteinte	35,00 \$ ☐	45,00 \$ ☐
	Accompagnateur	35,00 \$ ☐	45,00 \$ ☐
	Autre personne	100,00 \$ ☐	120,00 \$ ☐
Avec hébergement pour 1 nuit	Personne atteinte	70,00 \$ ☐	90,00 \$ ☐
	Accompagnateur	70,00 \$ ☐	90,00 \$ ☐
	Autre personne	325,00 \$ ☐	350,00 \$ ☐
Avec hébergement pour 2 nuits	Personne atteinte	85,00 \$ ☐	105,00 \$ ☐
	Accompagnateur	85,00 \$ ☐	105,00 \$ ☐
	Autre personne	500,00 \$ ☐	530,00 \$ ☐
Membership		10,00 \$ ☐	10,00 \$ ☐
TOTAL :		\$ _____	\$ _____

- Pour les chambres en occupation double, voulez-vous ? : un lit Queen ☐ ; ou 2 lits Queen ☐
- Si vous êtes seul(e), accepteriez-vous de partager votre chambre avec une autre personne ? ☐ OUI ☐ NON

LA DERNIÈRE ÉTAPE

Faites parvenir par la poste, votre **formulaire d'inscription** (recto et verso) et le **formulaire d'adhésion**, le cas échéant, à :
M. Pierre Lachance, 1060 rue Cayouette, Saint-Hyacinthe, QC, J2T 4T7.

Pour le **paiement** :

- Faites un **chèque** en date du 15 septembre 2019, à l'ordre de la Fondation HTAPQ et postez-le avec le formulaire d'inscription à l'adresse ci-haut mentionnée ;
- **OU** faites un **virement électronique** à : institution : 815 ; succursale : 20105 ; compte : 06602296 ;
- **OU** faites un **virement Interac** en utilisant le courriel : fondationhtapq@gmail.com