**FICHE DE PARTICIPATION AUX MMP**

**16&17 AVRIL 2019**

**Raison Sociale:**

**Adresse:**

v

**Téléphone**  **Code TVA**

**Participant (Nom& Prénom) Mobile**

**Fonction :**

**E-mail :**

* J'adhère en tant que participant à la 1ére édition des journées du Merchandising et Marketing Pharmaceutique, qui aura lieu à l’ARENA Lac 1.

**Frais de participation** : 450DTHT

(Par personne)

**Ce tarif inclus :**

-Un accès à l’espace d’exposition B2B - Un accès à toutes les conférences

* Deux (2) repas + 4 pauses cafés - Un accès à tous les workshops
* Documents du MMP 2019 - Attestation de participation

* **Règlement :** Le règlement de votre participation devrait être effectué à la signature de cette fiche au nom d’ICEBERG AGENCY**.**

**Espèce chèque par virement**

NB :

-votre inscription est considérée comme un BC (Toute annulation ne serait acceptée qu’avant le 06 AVRIL 2019, dans cas contraire il est impératif de payer tout le montant du BC)

-Nous vous prions de bien vouloir remplir cette fiche et de nous la retourner sur : E-mail : contact@merchandising-marketingpharmaceutique.com.

Fait à : …………………...... Le : ………………………

Signature et cachet de la société