



7^e CONFÉRENCE INTERNATIONALE FRANCOPHONE
VIH/HÉPATITES AFRAVIH 2014
 27 AU 30 AVRIL 2014 AU CORUM DE MONTPELLIER



Formulaire d'autorisation pour carte de crédit

Veuillez remplir le formulaire en MAJUSCULE et le renvoyer par fax au +49 3024603269.

Coordonnées du titulaire de la carte de crédit

M. Mme. Mlle. Prof. Dr.

Nom*: _____ Prénom*: _____

Institution/Société: _____

Rue*: _____

Code Postal*: _____ Ville*: _____ Pays*: _____

E-mail*: _____

*champs obligatoires

Détails de la carte de crédit et autorisation

J'autorise K.I.T. Group GmbH à débiter ma carte de crédit à hauteur de

_____ EUR
 (Veuillez indiquer le montant total)

Pour l'inscription

 (Veuillez indiquer le nom du participant AFRAVIH 2014)

Veuillez trouver ci-joint une copie de ma carte de crédit signée.

VISA MasterCard AMEX

N° de carte: __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Date d'expiration: __/__/__

Code de sécurité : __/__/__

(Code de Sécurité: Visa, Mastercard, ces 3 chiffres se trouvent sur le dos de la carte. Concernant la carte AMEX, ce code est composé de 4 chiffres et se trouve sur le devant de la carte)

 Lieu, Date

 Signature du titulaire