

# Réunion annuelle SSNP 2018 Hôpital des Enfants, Genève

## Inscription / Anmeldung

Name  
*Nom de famille:* .....

Vorname  
*Prénom:* .....

Klinik/Praxis  
*Affiliation:* .....

PLZ/Ort:  
*Code postal/lieu:* .....

E-Mail-Adresse  
*adresse e-mail:* .....

- SGNP Mitglieder / Membres SSNP (CHF 120.-)
- SGNP Nicht-Mitglieder / Non-Membre SSNP (CHF 150.-)
- Assistent oder Oberarzt / Interne ou Chef de clinique (CHF 80.-)

### Präsentation / *Présentation*

- Ja / Oui    Titre : .....

Bitte überweisen Sie Ihre Kongressgebühren auf das folgende Konto:  
***Veillez virer le montant des frais d'inscription sur le compte suivant:***

**Schweizerische Gesellschaft für Neuropädiatrie / Société Suisse de Neuropédiatrie**  
**CCP 90-17300-3**  
**SWIFT/BIC POFICHBEXX**  
**IBAN CH 24 0900 0000 9001 7300 3**  
**PostFinance, Nordring 8, CH-3030 Berne**

Vermerk: Gebühren für Jahrestagung SGNP 2018  
*Note: Frais pour la réunion annuelle SSNP 2018*

**Abendessen Mittwoch 14.11.2018 (in der Teilnahmegebühr enthalten)**  
***Repas mercredi soir 14.11.2018 (inclus dans les frais d'inscription)***

- Ja / Oui

**Anmeldung:** Mme Amandine MOHR  
**Inscription:** TEL : 022 372 45 72 / FAX: 022 372 54 89  
Email: neuro.ped@hcuge.ch

**Die Anmeldung und Zahlung muss bis zum 15.10.2018 erfolgt sein.**  
***L'inscription et le paiement doivent être effectués jusqu'au 15.10.2018***