|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo ADM | Congrès des Maires et des Présidentsd’Intercommunalité de France*PARIS**Novembre 2019* | Cadre réservé à l’ADM |

**Fiche d’inscription individuelle**

*Merci de compléter 1 fiche par personne*

*Votre collectivité* ………………………………………………………………………………………………………………………………………….....................

*1 - Vos coordonnées personnelles :*

Nom ………………………………………........................................... Prénom ………………………………………………………………………….………...

Mandat(s) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

tél portable *(obligatoire)* ………………………………….........................................................

mail *sur lequel vous souhaitez recevoir toutes les infos relatives à ce déplacement* ...........................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| *2 - Détail de votre réservation :* | Entourez la formule choisie |
|   | *Twin*\*↓ | *Single*↓ |
| ⮚ Avion + 2 nuits d’hôtel avec petits-déjeuners + transferts (aéroport/hôtel/aéroport)Mardi 19 novembre départ Rodez 6h45 - Jeudi 21 novembre départ Paris 20h10 | *500 €* | *648 €* |
| ⮚ Avion + 3 nuits d’hôtel avec petits-déjeuners+ transferts (aéroport/hôtel/aéroport)Mardi 19 novembre départ Rodez 6h45 - Vendredi 22 novembre départ Paris 16h00 | *587 €* | *809 €* |
| ⮚ 2 nuits d’hôtel avec petits-déjeunersMardi soir, mercredi soir | *178 €* | *326 €* |
| ⮚ 3 nuits d’hôtel avec petits-déjeunersMardi soir, mercredi soir et jeudi soir | *265 €* | *487 €* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \**Twin* |  | *que je partagerai avec ……………………………………………………………………………….* |
|  |  |
|  | *que je partagerai avec un autre participant proposé par l’ADM* |

*3 - Votre règlement :*

personnellement par chèque, dont acompte de 178 € ci-joint

à facturer à ma collectivité *(merci de préciser le nom et l’adresse complète de votre collectivité)* :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*Fait à …………………………………………. le, …………………………………….. Signature*

|  |
| --- |
| ADM 12 - 5, Place Sainte Catherine - 12000 RODEZ - 05 65 78 60 88 - adm12.direction@orange.fr |

Cadre réservé à l’ADM

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tt : ……………………….. | Ac ……………..…… Chq ….………….……………..….…. du ………...…………………… | Mandat administratif | Ins AMF |