



# **Convention de prise en charge entreprise**

**4<sup>èmes</sup> Journées Techniques  
Radioprotection Cirkus**

**26 et 27 mars 2020  
Cirque Imagine  
69120 Vaulx-En-Velin**

## OBJET :

Le présent document a pour objet de définir les conditions de prise en charge de la participation du salarié d'une entreprise aux quatrièmes journées techniques de l'association Radioprotection Cirkus.

## PRESENTATION DE L'ASSOCIATION :

Le Radioprotection Cirkus est une association loi 1901, à but non lucratif dont le but est de promouvoir le savoir-faire et les compétences de la radioprotection, dans une ambiance conviviale et décontractée.

## PRESENTATION DE L'EVENEMENT :

Les journées techniques de l'association ont pour but de rassembler les différents acteurs de la radioprotection pendant deux journées, pour un temps de présentations, d'informations et d'échanges. Les principaux sujets portent sur les actualités réglementaires, les évolutions techniques et les retours d'expérience pratiques, qu'ils viennent d'horizons médicaux, industriels, ou du nucléaire diffus.

Cette convention concerne la troisième édition, qui se tiendra les 26 et 27 mars 2020, sous le chapiteau du cirque Imagine : Carré de Soie - 5 avenue des Canuts - 69120 VAULX EN VELIN.

## CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE ET D'INSCRIPTION :

L'accueil du salarié à nos journées techniques est subordonné :

- Au renvoi par mail à : [contact@rpcirkus.org](mailto:contact@rpcirkus.org) et [alphabellix@rpcirkus.org](mailto:alphabellix@rpcirkus.org); de cette convention dûment complétée et tamponnée, contenant les informations de l'entreprise ainsi que de son salarié
- Au paiement intégral du ticket d'entrée de ces journées techniques. Le tarif pour un participant adhérent de l'association est de 100 euros. Le tarif pour un participant non adhérent de l'association est de 150 euros

Ce paiement pourra être effectué par chèque (à envoyer à l'adresse du titulaire du compte – RIB ci-joint), et devra impérativement être transmis à l'association AVANT l'évènement. EN raison de regrettables impayés, aucun participant dont le ticket d'entrée n'aura pas été payé, ne pourra être admis.



# Crédit Mutuel

## RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
10278	07321	00020786301	26	EUR

Domiciliation  
**CCM VILLEURBANNE GRAND CLEMENT -**

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)  
**FR76 1027 8073 2100 0207 8630 126**

BIC (Bank Identifier Code)  
**CMCIFR2A**

### Domiciliation

CCM VILLEURBANNE GRAND CLEMENT -  
VILLEURBANNE TOTEM  
52 COURS TOLSTOI  
69100 VILLEURBANNE  
☎33437703935

### Titulaire du compte (Account Owner)

RADIOPROTECTION CIRKUS  
MME RIBEIRO CASSANDRA  
15 RUE DU TRAPON  
30330 ST MARCEL DE CAREIRET

Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

## DEROULEMENT DE L'ÉVÉNEMENT :

Judi 26 mars : Matin : 8h20 – 12h30 / Après-midi : 14h – 16h45

Vendredi 27 mars : Matin : 8h45 – 12h30 / Après-midi : 14h00 – 16h15

Le paiement du ticket d'entrée inclut un accès complet à l'espace des conférences, l'espace exposants, ainsi que la prise en charge des pauses liquides et déjeuner, pour les deux journées. Il inclut également la fourniture d'un pack participant contenant des documents publicitaires et goodies.

## ENGAGEMENTS DE L'ASSOCIATION :

La mise en œuvre de cette convention engage l'association Radioprotection Cirkus à :

- Faire bénéficier le salarié des prestations citées ci-dessus
- Prévenir dans les meilleurs délais l'entreprise émettrice en cas d'absence du salarié.
- Transmettre par mail à l'entreprise, à l'issue de ces journées, une attestation de présence
- Transmettre par mail au participant toutes les informations d'ordre pratique en sa possession.

## RENSEIGNEMENTS :

SOCIETE : INSTITUTION :

Salarié à inscrire : M. Mme

Prénom : NOM :

E-mail :

Cochez cette case si vous ne souhaitez pas que vos noms et email figurent dans la liste des participants.

Représentant à contacter :

M. Mme

Prénom : NOM :

Fonction : Service :

Adresse :

Code postal : Ville : Cedex :

Tel. Ligne directe : Fax : Tél mobile :

E-mail : SIGNATURE ET TAMPON ENTREPRISE

Fait à :

Le :