Pour garantir un meilleur séjour, merci de nous envoyer les suivantes informations. Tous les déjeunes et dîners mentionnes, transport de/ au Sanquin Blod Supply et la croisière sur le Canal d’Amsterdam seront payés pour le Dutch Blood Donor Assoaciation. Pour éviter des coûts inutiles il est très important de recevoir la tabelle suivante avec toutes les informations demandées.

Merci de compléter les informations et les envoyer (préférablement) pour email à : bestuur@dvnl.nl

De plus, c’est aussi possible de l’envoyer à : Mr. Harry Seijkens

 Jeroen Boschlaan 7

 5151 SP Drunen (NB)

 The Netherlands

|  |  |
| --- | --- |
| Arrivée :(compléter en lettres moulées) |  |
| Jour d’arrivée : |  |
| Moyen de transport |
| ⃝ Avion  | ⃝ Amsterdam⃝ ……………………………… | Numéro de vol ……………………………………….. | Heure d’arrivée……………………………………….. |
| ⃝ Train  | ⃝ Amsterdam Central⃝ ……………………..……… | Heure d’arrivée……………………………………….. |  |
| ⃝ Transport privé | Heure d’arrivée (estimé))………………………………….. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Départ :(compléter en lettres moulées) |  |
| Jour de départ |  |
| Moyen de Transport |
| ⃝ Avion  | ⃝ Amsterdam⃝ ……………………………… | Numéro de vol……………………………………….. | Heure de départ……………………………………….. |
| ⃝ Train  | ⃝ Amsterdam Central⃝ ……………………..……… | Heure de départ……………………………………….. |  |
| ⃝ Transport privé | Heure de départ (estimé)………………………………….. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Informations Personnelles Basiques :(compléter en lettres moulées) |  |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Pays que vous représentez |  |
| Organisation/ Association que vous représentez |  |
| Direction  |  |
| Code Postal   |  |
| Numéro de portable  |  |
| Direction Mail  |  |
| Langue maternelle |  |
| Autres langues(merci de spécifier) | ⃝ Angles ⃝ …………………………………………⃝ Frances ⃝ ……………………………… …………⃝ Espagnol ⃝ ……………………………… …………⃝ Italien ⃝ ……………………………… …………⃝ Português ⃝ ……………………………… ………… |
| Aliments / Régime préféré | ⃝ Végétarien (pas de viande ou dérivés)⃝ Halal (Islamique)⃝ Kosher (Juif)⃝ ……………………………………………………………………….⃝ ………………………………………………………………………. |
| Médicaments / informations médicaux | ⃝ Allergique a: …………………………………………………….. ………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………….⃝ Médicaments (écrire le nombre des médicaments) : ………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………….⃝ Autres informations: …….………………………………….. ………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Participe le Jeudi 30 d’Abril **2015** | **Participation** | **Program** |
| Réunion du Conseil Exécutif | OUI / NO | 10.00 – 12.00 |
| Déjeuner | OUI / NO | 12.30 – 13.30 |
| Réunion du Comité Continental :…………………………………………………………………………………(spécifier le nom du Comité Continental) | OUI / NO | 14.00 – 16.00 |
| Réunion de la Fondation de Solidarité | OUI / NO | 16.00 – 18.00 |
| Réunion du Comité Médicaux  | OUI / NO | Il sera programmé pendant l’après- midi  |
| Dîner | OUI / NO | 19.00 – 21.00 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Participe le Vendredi **1 de May, 2015** | **Participation** | **Program** |
| Début de la réunion chez le Sanquin Blood Supply:* Il comprend le déjeuner chez le Sanquin Blood Supply;
* Il comprend le Tour chez le Sanquin Blood Supply.
 | OUI / NO | 9.30 – 15.00 |
| Pendant l’après-midi le cruiser pour le Canal d’ Amsterdam Canal  | OUI / NO | 15.00 – 17.00 |
| Dîner | OUI / NO | 19.00 – 21.00 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Participe le Samedi **2 de May, 2015** | **Participation** | **Program** |
| Assemblé Générale | OUI / NO | 09.00 – 12.00 |
| Conclusion et Salutations | OUI / NO | 12.30 – 14.00 |

**Merci de compléter la table pour la réservation de l’hôtel !!!!!!!!!!!**