

La revue périodique des comptes low risk : attentes du régulateur, organisation et pratiques de marché

Informations pratiques

Renseignements et inscriptions

par tél: +41 (0)22 849 01 11
par fax: +41 (0)22 849 01 10
par e-mail: info@academyfinance.ch
par courrier: Academy & Finance SA,
3 chemin de la marbrerie, CP 1344,
CH-1227 Carouge
www.academyfinance.ch

Lieu de la conférence

Hôtel Beau-Rivage
13 quai du Mont-Blanc, Genève

Visio conférence

Le lien Zoom et le mot de passe seront envoyés
le 22 juin après-midi.

Prix

1240 CHF (+ TVA 7.7%)
Inscriptions supplémentaires de la même
société: -50%
Gérants et trustees membres de l'ASG: 990 CHF
Autres gestionnaires de fortune: 1040 CHF;

Formation accréditée par



Pour cette formation accréditée par l'ASG, les
participants inscrits au programme de forma-
tion ASG reçoivent 6 crédits.

Inscription et paiement

Règlement par virement bancaire ou par carte de
crédit. Le montant facturé sera débité dès récep-
tion des informations relatives à la carte. Dans tous
les cas, une facture vous sera transmise par email.

Annulation

Les annulations reçues avant le 16 juin 2023 seront
remboursées à hauteur de 100%. Les annulations
reçues après le 16 juin ne seront pas remboursées.
Pour être prise en compte, toute annulation doit
être formulée par écrit (email, courrier ou télé-
copie) avant la conférence. Si l'annulation n'est pas
reçue par courrier ou par fax avant la conférence,
le montant total de l'inscription sera dû. Un rem-
placement est admis à tout moment. Il doit être
communiqué par écrit avant la conférence.

Bulletin d'inscription

Je m'inscris à la conférence "La revue périodique des comptes low risk" à
Genève le vendredi 23 juin 2023.

Je participerai: en présentiel online (Zoom)

Ma société est: gestionnaire de fortune / trustee membre de l'ASG

Pour plus de confort, inscrivez-vous par téléphone au +41 (0)22 849 01 11.

1^{ER} INSCRIT

Prénom et nom

Fonction

E-mail.....

2^{ÈME} INSCRIT (-50%)

Prénom et nom

Fonction

E-mail.....

Société.....

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

Tél Fax.....

Nom et adresse email de la personne responsable du paiement de la facture

.....

Virement bancaire Mastercard VISA

N° de carte: _____/_____/_____/_____ Date d'expiration: ____/____

Nom du détenteur de la carte

Date

Signature.....

Les organisateurs se réservent le droit de modifier le programme si, malgré tous leurs efforts, les circonstances
les y obligent.