

Organizzazione



Evento accreditato E.C.M.



# ANDI Forlì-Cesena presenta: Le Serate Formative 2016

Responsabile Scientifico  
**Dott. Giovanni Fabbroni**

Marzo - Dicembre 2016  
**Hotel Best Western Globus City - Forlì**

## Calendario

Tutti gli appuntamenti avranno inizio alle ore 19:30 con un aperitivo a buffet offerto a tutti i Partecipanti.  
Inizio della sessione scientifica ore 20:00.

Martedì 1 Marzo – Prof. Marco Esposito  
**DIAGNOSI E TERAPIA DELLE PERI-IMPLANTITI**

Martedì 5 Aprile – Dott. Mauro Cerea  
**L'IMPIANTO PTERIGOIDEO 3D IN CHIRURGIA GUIDATA E L'IMPIANTO SOTTOPERIOSTALE**

Martedì 3 Maggio – Dott. Marco Bellanda  
**LA RIGENERAZIONE TISSUTALE CON FATTORI DI CRESCITA: LO STATO DELL'ARTE IN ODONTOIATRIA ED OLTRE**

Martedì 4 Ottobre - Prof. Carlo Mangano  
**CHIRURGIA OSSEA RIGENERATIVA:BIOMATERIALI INGEGNERIZZATI COSTRUITI SU MISURA PER IL PAZIENTE (CUSTOM MADE) CON LE MODERNE TECNICHE DIGITALI**

Martedì 15 Novembre – Dott. Alvaro Gusmara e Dott. Giorgio Cannistraro  
**STRATEGIE OPERATIVE E SOLUZIONI DI CASI CLINICI COMPLESSI IN ODONTOIATRIA ESTETICA**

Martedì 13 Dicembre – Prof. Nicola De Angelis  
**RAPPORTI TRA PARODONTOLOGIA ED IMPLANTOLOGIA**

## Sede

BEST WESTERN Hotel Globus City - Via Traiano Imperatore, 4 - 47122 - Forlì (FC) – Tel. 0543 722215

## Segreteria Scientifica

ANDI Forlì-Cesena - Dott. Giovanni Fabbroni - Email: [giovannifabbroni@gmail.com](mailto:giovannifabbroni@gmail.com)

## Quote di Partecipazione

Posti limitati. La partecipazione agli eventi è gratuita per i Soci ANDI in regola con il pagamento della quota Associativa annuale, previa compilazione ed invio della scheda di iscrizione. Per i non Soci la quota di partecipazione è di 300 euro + iva. I crediti ECM saranno erogati solo ai Partecipanti regolarmente iscritti che prenderanno parte a tutti gli appuntamenti formativi nella loro interessezza.

## Scheda di Iscrizione

La compilazione della scheda è obbligatoria per la partecipazione: si prega di compilare tutti i campi in stampatello ed inviare via whatsapp al numero 345 8329032, via mail all'indirizzo [davide.mazzaggio@btk.dental](mailto:davide.mazzaggio@btk.dental) oppure via fax al numero 0444 361249. Una volta ricevuta la scheda, la Segreteria vi contatterà per la conferma dell'iscrizione.

Ragione sociale dello Studio \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita iva \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. LGS n.196/2003, con il presente modulo autorizzo al trattamento dei miei dati personali.