

Organizzazione



Evento accreditato E.C.M.



Il Gruppo Beldent presenta: I Sabati Formativi 2016

Responsabile Scientifico
Dott. Marco Bellanda

Marzo - Dicembre 2016
Hotel Diamante - Alessandria

Calendario

Tutti gli appuntamenti avranno inizio alle ore 8:30. Inizio della sessione scientifica ore 9:00.
E' previsto un coffee break a metà mattina.

Sabato 5 Marzo – Prof. Marco Esposito
DIAGNOSI E TERAPIA DELLE PERI-IMPLANTITI

Sabato 9 Aprile – Dott. Marco Grassi
**PROTOCOLLO PER INTERCETTARE LA DISFUNZIONE VISIVA CHE ALTERA L'ARMONIA OCCHI-DENTI-POSTURA:
FASE PRATICA**

Sabato 7 Maggio - Prof. Nicola De Angelis
RAPPORTI TRA PARODONTOLOGIA ED IMPLANTOLOGIA

Sabato 1 Ottobre - Dott.ssa Gabriella Carlesi
TRAUMATOLOGIA DENTALE: ASPETTI MEDICO-LEGALI

Sabato 5 Novembre – Dott. Dario Castellani
RIABILITAZIONE IMPLANTOPROTESICA DEL PAZIENTE EDENTULO ED ESTETICA FACCIALE

Sabato 10 Dicembre – Dott. Alvaro Gusmara e Dott. Giorgio Cannistraro
IL MOCK-UP: STRUMENTO INDISPENSABILE PER LA CREAZIONE DI UNA ESTETICA OTTIMALE

Sede

HOTEL DIAMANTE - Via Gambalera, 137 – Alessandria

Segreteria Organizzativa

BTK Academy – Dott. Davide Mazzaggio – Tel. 3458329032 – Email davide.mazzaggio@btk.dental

Quote di Partecipazione

Per i Soci BELDENT la quota di partecipazione all'intero pacchetto formativo composto da 6 eventi è di 200 euro + iva. Per i non Soci la quota è di 400 euro + iva. I crediti ECM saranno erogati solo ai Partecipanti regolarmente iscritti che prenderanno parte a tutti gli appuntamenti formativi nella loro interezza.

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 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.