

serate in amicizia

SIA

simposio in amicizia

Sharing Ideas About Dentistry

3

CREDITI
FORMATIVI



DOTT. ROBERTO BARONE

Giovedì 24 Settembre 2015

Asportazione chirurgica dei terzi molari inferiori: un approccio conservativo.

SEDE: Starhotels President Genova Corte Lambruschini 4, 16129 Genova - 010 57271

Apertura segreteria iscrizioni dalle 19,30 per tutte le serate.

Gli eventi saranno aperti ai soli soci. Ogni serata avrà il costo di € 5,00 oltre alla quota annuale.

Abstract La chirurgia orale oggi è parte integrante della professione odontoiatrica. Occorre essere in grado di effettuare prestazioni più sofisticate attraverso una tecnica aggiornata che permetta di operare in sicurezza.

Curriculum Vitae Laureato in medicina e chirurgia e specializzato in odontoiatria presso l'Università di Firenze. Esercita la libera professione a Firenze dove si dedica esclusivamente alla chirurgia orale e all'implantologia. Socio fondatore della Società Italiana di Chirurgia Orale, di cui è stato presidente per il biennio 1999-2000. Autore di articoli scientifici su riviste italiane e internazionali. Autore di libri su argomenti di chirurgia orale. Relatore in conferenze e congressi su argomenti di chirurgia orale e di implantologia

SCHEDA ISCRIZIONE (PER CREDITI ECM) CORSO DOTT. R. BARONE - 24 SETTEMBRE 2015

ACCREDITAMENTO ECM PER 100 ODONTOIATRI

Compilare a STAMPATELLO e in tutte le sue parti la presente scheda e inviarla:

- FAX al numero 010 5370882 • via EMAIL alla segreteria organizzativa: sia@e20srl.com
 - POSTA, in busta chiusa a Segreteria Organizzativa S.I.A. c/o E20srl Via Cecchi, 4/7 scala B - 16129 Genova
 - WEB iscrizioni ECM on-line seguendo le istruzioni riportate nel sito www.e20srl.com
- È possibile richiedere la Scheda d'ammissione alla S.I.A. per l'anno 2015 a: sia@e20srl.com



NOME _____ COGNOME _____

M F _____
 SESSO DATA DI NASCITA (GG/MM/AA) _____ PROVINCIA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ PROVINCIA RESIDENZA _____ NAZIONE RESIDENZA _____

INDIRIZZO RESIDENZA _____ N° CIVICO RESIDENZA _____
 CODICE FISCALE _____ PARTITA IVA _____

DISCIPLINA _____ STATUS LAVORATIVO _____ INTESAZIONE STUDIO _____

INDIRIZZO STUDIO _____ CAP _____
 COMUNE STUDIO _____ PROVINCIA STUDIO _____ NAZIONE STUDIO _____

TELEFONO STUDIO _____ CELLULARE _____ E-MAIL STUDIO _____

LOGIN - utilizzare possibilmente la vostra e-mail - Login e Password saranno le vostre credenziali di accesso al nostro data base. _____
 PASSWORD - max 8 caratteri _____

Autorizzo l'uso dei miei dati personali per la spedizione di pubblicazioni tecniche e l'invio di mailing ai sensi della legge 196/03 sul trattamento dei dati personali.

DATA _____ FIRMA _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

IL PAGAMENTO DOVRÀ ESSERE EFFETTUATO ESCLUSIVAMENTE PRESSO LA SEGRETERIA SIA DELLA SEDE DEL CORSO

