

2011

CORSI Aggiornamento Professionale

Accreditati ECM

I Giovedì dell'Ordine

Orario: 20.30- 23.30

Sede: Sala Ordine dei Medici - Galleria Roma Scala D
61121 Pesaro

12 MAGGIO Relatore: **Dott. G. E. Pecora**

*"La chirurgia del Seno Mascellare: Sindrome Endo Antrale,
Chirurgia Endo, Chirurgia Estrattiva"*

9 GIUGNO Relatore: **Dott. M. De Stefano**

"La gestione del pregresso fallimento in Implantoprotesi"

30 GIUGNO Relatore: **Dott. G. E. Pecora**

"Dente o impianto: un quesito diagnostico importante"

15 SETTEMBRE Relatore: **Dott. D. Moretto**

"Il protocollo chirurgico razionale in Implantologia"

13 OTTOBRE Relatore: **Dott. E. I. Iacomino**

"Il rialzo del pavimento del seno con osteotomia laterale"

10 NOVEMBRE Relatore: **Dott. N. Bassetti**

*"Estetica e funzione nelle riabilitazioni complesse: dalla
progettazione alla finalizzazione"*

I Weekend dell'Ordine

Sede: Sala Ordine dei Medici - Galleria Roma Scala D,
61121 Pesaro

CORSO TEORICO DENTI INCLUSI

"Disinclusione dei terzi molari"

Sabato 14 MAGGIO - Orario 9.00-14.00

Relatori: **Dott. G. E. Pecora - Dott. A. Barbato
Dott. M. Battistoni - Dott. C. N. Pecora**

CORSO TEORICO PRATICO IN IMPLANTOLOGIA

"Corso di Implantologia"

Venerdì 24 GIUGNO - Orario 9.00-18.00

Relatori: **Dott. G. E. Pecora - Dott. E. I. Iacomino**

Sabato 25 GIUGNO - Orario 9.00-18.00

Relatori: **Dott. E. I. Iacomino - Dott. C. N. Pecora**

CORSO BASE DI IMPLANTOPROTESI

"La Riabilitazione Implantoprotesica"

Venerdì 14 OTTOBRE - Orario 9.00-18.00

Sabato 15 OTTOBRE - Orario 9.00-18.00

Relatori: **Dott. G. E. Pecora - Dott. M. De Stefano**

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Da rinviare alla Segreteria organizzativa **InterContact Srl** al n. di Fax 0721.393516

DATI PERSONALI

Nome..... Cognome.....
Data e luogo di nascita.....
Indirizzo..... CAP..... Città..... Provincia.....
E-mail.....
Codice Fiscale.....
Telefono..... Fax.....

DATI PER LA FATTURAZIONE

Ragione sociale.....
Indirizzo..... CAP..... Città..... Provincia.....
Partita IVA..... Codice Fiscale.....
N° Iscrizione Albo degli Odontoiatri..... della Provincia di.....

Libero professionista Professionista convenzionato Dipendente pubblico

DESIDERO PARTECIPARE A (prezzi IVA compresa):

- | | | | | |
|---|--|----------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Serata 12 maggio | (Dott. G. E. Pecora) | € 60,00 | <input type="checkbox"/> Tutte le serate | € 300,00 |
| <input type="checkbox"/> Serata 9 giugno | (Dott. M. De Stefano) | € 60,00 | | |
| <input type="checkbox"/> Serata 30 giugno | (Dott. G. E. Pecora) | € 60,00 | | |
| <input type="checkbox"/> Serata 15 settembre | (Dott. D. Moretto) | € 60,00 | | |
| <input type="checkbox"/> Serata 13 ottobre | (Dott. E. I. Iacomino) | € 60,00 | | |
| <input type="checkbox"/> Serata 10 novembre | (Dott. N. Bassetti) | € 60,00 | | |
| <input type="checkbox"/> Corso Disinclusione dei terzi molari | (Dott. G. E. Pecora-Dott. A. Barbato-Dott. M. Battistoni-Dott. C. N. Pecora) | € 120,00 | | |
| <input type="checkbox"/> Corso Implantologia | (Dott. G. E. Pecora-Dott. E. I. Iacomino-Dott. C. N. Pecora) | € 180,00 | | |
| <input type="checkbox"/> Corso Implantoprotesi | (Dott. G. E. Pecora-Dott. M. De Stefano) | € 180,00 | | |

TOTALE €.....,00 (IVA COMPRESA)

MODALITÀ DI PAGAMENTO:

- ASSEGNO BANCARIO** intestato ad InterContact Srl
- BONIFICO BANCARIO** a favore di InterContact Srl
Banca dell'Adriatico Agenzia 6, IBAN: IT 15 S 05748 13304 10000000 1397
Causale: (Cognome e Nome partecipante, Titolo del corso, Data del corso)

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Autorizzo il trattamento dei dati personali in base all'Art. 13 del D.L.vo 196/2003

Data..... Firma.....