

ROMA
16 dicembre 2016

Trattamento di casi clinici complessi: un unico approccio mucogengivale

Relatore Prof. G. Zucchelli



Ore 09.00/12.00

**Presentazione di casi clinici complessi
Dibattito interattivo con i partecipanti**

SEDE

Aula Capozzi

Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo-Facciali,
Sapienza Università di Roma, Via Caserta, 6

ISCRIZIONE

Socio SIOCMF: iscrizione gratuita Socio ANDI Roma: € 50,00+iva

Non socio SIOCMF: € 80,00+iva

Studente/Specializzando: iscrizione gratuita solo per i soci SIOCMF

Per iscriversi al corso è necessario compilare la scheda d'iscrizione ed
inviarla via email alla Segreteria Organizzativa entro il 10 dicembre

Per iscriversi alla SIOCMF, visitare il sito: www.siocmf.it

ECM

Il corso è stato accreditato per la figura di odontoiatra e medico
specialista in chirurgia maxillo-facciale e ha ottenuto **4,5 crediti**

Provider ECM n. 842



4Educational Srl - Via R. Venuti, 73 - 00162 Roma

Tel. +39 06 97605630 | fax +39 06 97605650

info@4educational.it | www.4educational.it

Segreteria Organizzativa

FASI Srl - Via R. Venuti, 73 - 00162 Roma

Tel. 06.97605621 | Fax 06.97605650

g.gonnelli@fasiweb.com | www.fasiweb.com



Scheda d'iscrizione

Si prega di compilare la scheda in stampatello ed inviarla tramite fax
al numero 06-97605650 o e-mail g.gonnelli@fasiweb.com,
accompagnata dalla ricevuta di pagamento.

Non verranno accettate schede di iscrizione non accompagnate dal pagamento della quota.

DATI DEL PARTECIPANTE

Nome _____
Cognome _____
Indirizzo _____
CAP _____ Città _____ Prov. _____
Cellulare _____
E-Mail _____

ISCRIZIONE

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Socio SIOCMF | gratuito |
| <input type="checkbox"/> Socio ANDI Roma | € 50,00+iva = € 61,00 |
| <input type="checkbox"/> Non socio SIOCMF | € 80,00+iva = € 97,60 |
| <input type="checkbox"/> Studente/Specializzando socio SIOCMF | gratuito |

MODALITÀ DI PAGAMENTO

- Bonifico bancario
Beneficiario FASI Srl - Banca Popolare di Bergamo - Credito Varesino- IBAN IT07K0542803205000000092347
Si prega di indicare nella causale del versamento, cognome+nome+ CORSO SIOCMF – dicembre 2016.

- Carta di credito

- VISA MASTERCARD

Nr. carta	Scadenza (mese/anno)	CVV2 (obbligatorio) ultimi 3 numeri indicati sul retro della carta
-----------	-------------------------	---

Cognome e nome titolare _____

FATTURAZIONE

Si prega di voler intestare la fattura a:

Pl. o C.F. (obbligatorio)

Si prega di voler inviare la fattura al seguente indirizzo e-mail:

Data _____

Firma _____