

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il pagamento potrà avvenire:

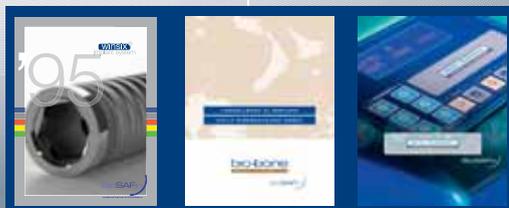
- 1) tramite ASSEGNO BANCARIO intestato e non trasferibile a B2B Consulting e spedito: B2B Consulting srl
Via Nurallao, 15
00050 Aranova ROMA
- 2) BONIFICO intestato a B2B Consulting S.r.l.
Banca Popolare Ancona
IBAN IT 04 R 05308 0264 00000001235

REFERENTE PER INFORMAZIONI SCIENTIFICHE

Sig. Claudio Mazzi: 348-7265712
Sig. Andrea D'Ubaldo: 348-6061422

Si ringrazia per la collaborazione:

BioSAFin



Biosafin s.r.l.

SEDE LEGALE ED OPERATIVA:
via Astagno, 15 | 60122 Ancona (AN)
tel. 071/2071897 (r.a.) | fax: 071/203261
e-mail: info@biosafin.com
web: www.biosafin.com

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



B2B Consulting srl

Via Nurallao, 15 - 00050 - Aranova ROMA
Tel.: 06.6675135 - Fax: 06.61709413
e-mail: b2b@b2bconsultingsrl.com - www.infob2bconsultingsrl.com

PROGRAMMA PRELIMINARE

Evento in fase
di accreditamento
E.C.M.

Corso Operativo di Implantologia

CON ATTIVITÀ LINICA SU PAZIENTE



Romania - BUCAREST

C.I.S.O. - Clinica di Implantologia
Strada Dr. N. Staicovici, 4-B Sector 5
050558 Bucarest (RO)

TUTOR

Dott. Luciano Battaglia - Dott. Stefano Zema

**22-25
aprile
2010**

- **Giovedì 22 aprile 2010**
Partenza da Roma Fiumicino
con volo di linea per Bucarest
- **Venerdì 23 e
Sabato 24 aprile 2010**
Interventi di chirurgia implantologica
su paziente
- **Domenica 25 aprile 2010**
Partenza da Bucarest
con volo di linea per Roma Fiumicino

QUOTA DI PARTECIPAZIONE CORSO

Per Medico - euro 1.800 + I.V.A. 20%

MAX N. 6 PARTECIPANTI IN 2 SALE
OPERATORIE OGNUNA CON TUTOR**MATERIALE A CARICO
DEL CORSISTA**

- Bisturi
(manico e lame 15 e 15c)
- Porta aghi
- Forbici chirurgiche
- Pinzetta chirurgica
- Scollatore prichard
- Altra strumentazione
che si è soliti utilizzare
- Occhiali o visiere protettive

MODALITA' DI ISCRIZIONE

Compilare la presente scheda e, completa di copia
dell'effettuato pagamento, dovrà essere inviata tramite
fax o e-mail alla **B2B Consulting srl**: fax 06-61709413
e-mail: b2b@b2bconsultingsrl.com

Nome _____

Cognome _____

Indirizzo _____

Città _____

C.A.P. _____

Tel. _____

Cell.: _____

E-mail _____

P. I.V.A. e Cod. fiscale _____

Consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi della legge 196/2003)

FIRMA _____

- Il volo da Roma Fiumicino
a Bucarest e ritorno
- L'iscrizione al Corso
di chirurgia implantare su paziente
- La sistemazione in camera
ed i trasferimenti:
aeroporto-Hotel; Hotel-Clinica e ritorno
- Crediti formativi ECM
- Materiale utilizzato durante il Corso:
impianti, suture, monouso,
kit chirurgici, physio dispenser