



Si ringrazia



smb italia

c.p. 7239 - 00162 Roma

tel. 335.10.03.449

fax 06.89280553

web: www.smbitalia.org

e-mail: smbitalia@smbitalia.org

06 MAGGIO 2018



smb Italia

SOCIETA'
MEDICA
BIOTERAPICA

**INCONTRI CLINICO
PRATICI**

Le Cefalee e l'Insonnia

Omeopatia Fitoterapia

Alimentazione

FERENTINO

AUDITORIUM TERME POMPEO

Via Casilina km. 76

Problematiche Geriatriche

Il Corso si propone di arricchire il bagaglio terapeutico fornendo una chiara ed esaustiva panoramica della Medicina Naturale.

Terapie complementari particolarmente utili e risoltrici per quelle patologie, con cui, giornalmente, i Professionisti devono confrontarsi. Il Corso, con l'ausilio di casi clinici, fornirà ai partecipanti soluzioni terapeutiche di facile individuazione e di pronta risposta conducendoli così dalla

FASE CONOSCITIVA ALLA FASE OPERATIVA

QUOTA di ISCRIZIONE

Euro 150,00*

(la quota comprende l'associazione alla SMB Italia e l'abbonamento alla rivista Cahiers de Biotherapie ediz. italiana)

Per iscriversi inviare tramite fax, entro il **30/04/2018**, la scheda di adesione con la fotocopia del versamento effettuato.

Il numero degli iscritti è limitato, pertanto le domande saranno prese in considerazione secondo il loro ordine di arrivo.

* FUORI CAMPO IV A ART. 4 COMMA 9
DPR 633/72 MOD. DL. 460 DEL 4/12/97

DATE E PROGRAMMA

06 MAGGIO 2018

ore 09,00-13,00

Cefalee in Pediatria

G.Miccichè

Rimedi sintomaticidelle cefalee

A.D'Aliesio

Trattamento diatesico delle cefalee

F.Limido

Fitoterapia e drenaggio bioterapico nelle cefalee

G. Miccichè

Cefalee in Ginecologia

A. D'Aliesio

Approccio dietetico e omeopatico

F.Limido

BREAK

ore 14,00 - 17,00

INSONNIA: Rimedi fitoterapici e sintomatici

A. D'Aliesio

INSONNIA : Rimedi di Terreno

G.Miccichè

INSONNIA : Oligoterapia

e ruolo della Melatonina omeopattizzata

F.Limido

ore 17,00

Verifica E.C.M.

ASSEGNATI 7 CREDITI E.C.M.

SCHEDA DI ADESIONE FERENTINO 2018

da inviare a mezzo fax al n. 06 89280553

Partecipa:

Nome _____

Cognom _____

Indirizzo^e _____

C.a.p. _____ Città _____

Pr. _____ Telefono _____

Cod.Fisc. _____
(obbligatorio)

Laurea in _____

Specializzazione: _____

O Lib.Prof. O Dipendente O Convenzionato

Intestare le ricevute a:

Indirizzo _____

C.a.p. _____ Città _____

Pr. _____

Telefono _____

Cod. Fisc. _____
(obbligatorio)

Allego:

Fotocopia vers.su **IBAN IT98Z0760103200000018448001**

Intestato a:

smb italia

In base al dlgs 196/2003 autorizzo la
pubblicazione dei miei dati.

Data _____ Firma _____