Si ringrazia

BOIRON

cemon

TOIMO
DAL 1947 PER LA SALUTE

Laboratori Legren

NAMED

PEGASO
C'è un altro modo di stare bene

unpharma

vanda

smb italia
c.p. 7239 - 00162 Roma
tel. 335.10.03.449
fax 06.89280553
web: www.smbitalia.org
e-mail: smbitalia@smbitalia.org

14 MAGGIO 2017

smb Italia

SOCIETA'
MEDICA
BIOTERAPICA

INCONTRI CLINICO PRATICI

OMEOPATIA

FITOTERAPIA

ALIMENTAZIONE

FROSINONE

Hotel CESARI

Via Tomaso Albinoni,275

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

Terapie complementari particolarmente utili e risolutrici 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 **30/04/2017**, 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 IVA ART. 4 COMMA 9 DPR 633/72 MOD. DL. 460 DEL 4/12/97

DATE E PROGRAMMA

14 MAGGIO 2017

ore 09,00-13,00

Omeopatia,Fitoterapia,Alimentazione: nell' Obesita - I°parte

A.D'Aliesio

Omeopatia,Fitoterapia,Alimentazione: nell' Obesita - 2°parte

G.Miccichè

Omeopatia,Fitoterapia,Alimentazione: nell'Ansia

F. Limido

La dieta Vegetariana e Vegana

G.Miccichè

BREAK

ore 14,00 - 17,00

Omeopatia,Fitoterapia,Alimentazione: nella Depressione

F.Limido

Omeopatia,Fitoterapia,Alimentazione per i pazienti oncologici e per la Disbiosi

A. D'Aliesio

Questionario E.C.M.

ASSEGNATI 7 CREDITI E.C.M.

SCHEDA DI ADESIONE
FROSINONE

da inviare a mezzo fax al n. 06 89280553

Partecipa:

Nome_____

Cognome_____

Indirizzo_____

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 **IT98Z0760103200000018448 001**

Intestato a:

smb italia

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

Data _____Firma _____