



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

29 MAGGIO 2016



smb Italia

SOCIETA'
MEDICA
BIOTERAPICA

**INCONTRI CLINICO
PRATICI**

***Omeopatia e Fitoterapia
nelle problematiche geriatriche***

SORA

Hotel VALENTINO
Viale S. Domenico, 1

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 **30/04/2016**, 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

29 MAGGIO 2016

ore 09,00-13,00

Omeopatia e patologie respiratorie

G.Miccichè

Omeopatia e patologie cardiovascolari

A.D'Aliesio

Ansia e Depressione.L'aiuto Omeopatico e Fitogemmoterapico

F.Limido

Fitogemmoterapia nelle patologie respiratorie

G. Miccichè

BREAK

ore 14,00 - 17,00

Fitogemmoterapia, Terapia Ayurvedica, Probiotici nelle patologie osteo-articolari

A. D'Aliesio

Invecchiamento ed aspetti correlati

F.Limido

ore 17,00

Verifica E.C.M.

ASSEGNATI 7 CREDITI E.C.M.

SCHEDA DI ADESIONE SORA

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 _____