

WWW.SMBITALIA.ORG



Affiliata



FEDERAZIONE DELLE SOCIETÀ  
MEDICO-SCIENTIFICHE ITALIANE

## Incontri

Clinico • Pratici in Omeopatia



smb Italia

c.p. 7239 roma nomentano - 00162 Roma

tel. 06.2056256 fax 06.89280553

web: [www.smbitalia.org](http://www.smbitalia.org)

e-mail: [smbitalia@smbitalia.org](mailto:smbitalia@smbitalia.org)



Gli Incontri che hanno l'obiettivo di fornire ai Medici un ampliamento delle possibili soluzioni terapeutiche, aggiungendo, alla loro classica preparazione universitaria, le conoscenze di una moderna omeopatia, saranno incentrati sulla integrazione tra la Medicina Ufficiale e l'Omeopatia.

Per ogni patologia sarà messo a confronto l'intervento medico tradizionale e quello omeopatico valutando il rapporto rischi/benefici di entrambe le terapie, al fine di individuare i limiti e le possibilità terapeutiche dell'omeopatia

Negli Incontri i Medici partecipanti potranno avvalersi della pluriennale esperienza di Docenti che utilizzano, nella loro pratica professionale, sia la Medicina Ufficiale che l'Omeopatia.

Gli Incontri, della durata complessiva di 12 ore, prevalentemente pratici, forniranno schemi terapeutici chiari ed affidabili di pronta utilizzazione.

La Smb italia, affiliata alla FISM (Fed. delle Società medico scientifiche italiane) grazie alla sua più che ventennale esperienza nel campo della Formazione Professionale, condurrà i medici partecipanti dalla Fase del Sapere alla Fase del Saper Fare.



- > Basi Teoriche e Riscontri Scientifici
- > Le Allergie
- > Sindrome Influenzale e Malattie da Raffreddamento
- > Patologia Osteoarticolare
- > Sindrome Ansioso Depressiva
- > Disturbi Gastroenterici
- > Insufficienza Venosa Periferica

Per rendere possibile l'indispensabile scambio di esperienze tra Docenti e Partecipanti il numero degli iscritti è limitato a 30

#### QUOTA DI PARTECIPAZIONE

€ 120,00 (Iva esente)

la quota comprende  
l'abbonamento alla rivista  
trimestrale **Cahiers de Bioterapie**

**Assegnati 9 crediti E.C.M.**



## SCHEDA DI ADESIONE

DA INVIARE A MEZZO FAX AL N. 06 89280553

INDICARE LUOGO E DATA DELL'INCONTRO

>

Partecipa:

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

C.a.p. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

(obbligatorio)

Specializzazione \_\_\_\_\_

Intestare le ricevute a:

\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

C.a.p. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

(obbligatorio)

Allego:

F/copia vers. postale su ccp n. 18448001

Intestato a:

smb Italia

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_