



Si ringrazia



**smb italia**

c.p. 7239 - 00162 Roma  
tel. 335.10.03.449  
fax 06.89280553  
web: [www.smbitalia.org](http://www.smbitalia.org)  
e-mail: [smbitalia@smbitalia.org](mailto: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<sup>e</sup> \_\_\_\_\_

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 IT9820760103200000018448001**

Intestato a:

**smb italia**

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

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