



Organizzazione



Sezione provinciale  
di Padova

Patrocinio richiesto



# ANDI Padova presenta: Le Serate Formative Patavine 2016

Responsabile scientifico

**Dott. Ferruccio Berto - Dott. Bruno Noce**

Marzo - Dicembre 2016

**Hotel Crowne Plaza - Via Po 197, Padova**

EVENTO ACCREDITATO ECM



# Calendario

Tutti gli appuntamenti avranno inizio alle ore 19:30 con un aperitivo a buffet offerto a tutti i Partecipanti. Inizio della sessione scientifica ore 20:00.

Lunedì 7 Marzo - Prof Enrico Facco   
**PNL IN ODONTOIATRIA: IMPORTANZA DI UNA CORRETTA COMUNICAZIONE NELLA TERAPIA DEL PAZIENTE ANSIOSO**

Lunedì 11 Aprile - Dott Alessandro De Rossi   
**FOTOGRAFIA ODONTOIATRICA STRUMENTO DI DOCUMENTAZIONE E COMUNICAZIONE**

Lunedì 9 Maggio - Dott Marco Calabrese   
**ATTUALITÀ IN TERAPIA CONSERVATIVA**

Lunedì 26 Settembre - Dott Enrico Semenza   
**AGGIORNAMENTI IN TERAPIA ENDODONTICA: STRUMENTI IN NITI**

Lunedì 17 Ottobre - Prof. Esposito  
**PERIMPLANTITI**

Mercoledì 7 Novembre - Dott. Nicola De Angelis  
**RAPPORTI TRA PARODONTO E IMPIANTI**

Mercoledì 28 Novembre (Memorial Scibetta) - Dott.ri Gusmara e Cannistraro  
**ESTETICA SU IMPIANTI**

Il programma potrà subire modifiche e/o integrazioni che saranno tempestivamente comunicate ai partecipanti regolarmente iscritti.

## Sede

Hotel Crowne Plaza

# Segreteria organizzativa

ANDI Padova

## Quote di Partecipazione

La quota di partecipazione all'intero pacchetto formativo composto da 7 eventi per i Soci ANDI è di 160 euro + iva (non Soci: 630 euro + iva).

I crediti ECM saranno erogati solo ai Partecipanti regolarmente iscritti che prederanno parte a tutti gli appuntamenti formativi nella loro interezza.

## Scheda di Iscrizione

Si prega di compilare la scheda in stampatello in ogni sua parte ed inviarla via whatsapp al numero 345 8329032, via mail all'indirizzo andipadova@tin.it oppure via fax al numero 0444 361249. Una volta inviata la scheda di iscrizione, la Segreteria ANDI Padova provvederà a contattarvi per il pagamento della quota di partecipazione. L'iscrizione sarà confermata solo ad avvenuta ricezione della scheda e del pagamento della quota. La compilazione della scheda ed il pagamento della quota di partecipazione sono obbligatorie per la partecipazione al programma formativo e per il conseguimento dei crediti ECM.

Ragione sociale dello Studio \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita iva \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. LGS n.196/2003, con il presente modulo autorizzo al trattamento dei miei dati personali.