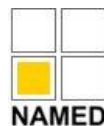




Si ringrazia



**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)

**11 MAGGIO 2019**



**smb** Italia

SOCIETA'  
MEDICA  
BIOTERAPICA

**INCONTRI CLINICO  
PRATICI**

**OMEOPATIA**

**FITOTERAPIA**

**ALIMENTAZIONE**

**CASSINO**

EDRA Palace Hotel

Via Ausonia

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

Terapie complementari particolarmente utili e risolutive 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)

Per iscriversi inviare tramite fax, entro il **30/04/2019**, 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

**11 MAGGIO 2019**

ore 09,00-13,00

TERAPIA OMEOPATICA SPECIFICA

TERAPIA DI FONDO - OSSERVAZIONI CLINICHE

CERVICO ARTOSI, CERVICALGIE

LOMBAGIE E ARTROSI

CASI DI SCIATICA DESTRA

**BREAK**

ore 14,00 - 17,00

ARTROSI DELLA SPALLA E DELLA SUA CUFFIA

GONARTROSI

FIBROMIALGIA

ARTROSI E FITOGEMMO TERAPIA

ALIMENTAZIONE ANTI DEGENERATIVA

Questionario E.C.M.

**Relatore : dott. A. D'Aliesio**

ASSEGNATI 7 CREDITI E.C.M.

## SCHEDA DI ADESIONE CASSINO

da inviare a mezzo fax al n. 06 89280553

Partecipa:

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

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 IT9820760103200000018448 001

Intestato a:

**smb italia**

In base al ex Art. 13 - 14 Reg. UE 679/2016 (GDPR)

autorizzo il trattamento dei miei dati così come  
riportato sul sito della Smb Italia.

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