

CORSO OPERATIVO DI  
**IMPLANTOLOGIA**  
CON ATTIVITÀ CLINICA SU PAZIENTE

CORSO OPERATIVO DI  
**IMPLANTOLOGIA**  
CON ATTIVITÀ CLINICA SU PAZIENTE

**REFERENTI PER INFORMAZIONI SUL CORSO**

Claudio Mazzi: +39 348-7265712  
Andrea D'Ubaldo: +39 348-6061422

**COORDINATORI DEL CORSO**

Luciano Battaglia  
Stefano Zema

**TUTOR**

Paolo Pennacchietti  
Claudio Rastelli  
Giuseppe Serino



[www.winsix.eu](http://www.winsix.eu)



BIOSAF IN srl  
via Tiraboschi, 36/G  
60131 Ancona (AN)  
tel. 071 2071897 (r.a.)  
fax 071 203261  
info@biosafin.com  
assistenzaclienti@biosafin.com  
[www.biosafin.com](http://www.biosafin.com)



**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**  
B2B CONSULTING SRL  
tel 06 6675247 - fax 06 61709413  
b2b@b2bconsultingsrl.com - [www.infob2bconsultingsrl.com](http://www.infob2bconsultingsrl.com)  
**Provider ECM 1392**



**ROMANIA  
BUCAREST**

**SUPERA DENTAL CONCEPT**  
Str. Gheorghe Titeica, Nr. 188 B, Sector 2

CORSO OPERATIVO DI  
**IMPLANTOLOGIA**  
CON ATTIVITÀ CLINICA SU PAZIENTE

## PROGRAMMA

- **GIOVEDÌ**  
PARTENZA  
DA ROMA FIUMICINO  
con volo di linea  
per Bucarest
- **VENERDÌ E SABATO**  
Interventi di chirurgia  
implantare su Paziente  
**MAX N. 6 PARTECIPANTI  
IN 2 SALE OPERATORIE  
OGNUNA CON TUTOR**
- **DOMENICA**  
PARTENZA  
DA BUCAREST  
con volo di linea  
per Roma  
Fiumicino

### QUOTA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO

Per Medico  
euro 2.000 + I.V.A. 22%

### MATERIALE A CARICO DEL CORSISTA

- Bisturi (manico e lame 15 e 15c)
- Porta aghi
- Forbici chirurgiche
- Pinzetta chirurgica
- Scollatore Prichard
- Altra strumentazione  
che si è soliti utilizzare
- Occhiali o visiere protettive

### LA QUOTA COMPRENDE

- Il volo da Roma Fiumicino  
a Bucarest e ritorno
- L'iscrizione al Corso di chirurgia  
implantare su paziente
- La sistemazione in camera ed i  
trasferimenti: aeroporto-Hotel;  
Hotel-Clinica e ritorno
- Materiale utilizzato durante il Corso:  
monouso, kit chirurgici,  
physio dispenser
- Impianti
- Materiale da riempimento
- Suture Chirurgiche

### MODALITÀ DI ISCRIZIONE

Compilare la presente scheda e,  
completa di copia dell'effettuato pagamento,  
inviarla tramite fax o e-mail a **B2B Consulting**:  
fax 06-61709413 - e-mail: b2b@b2bconsultingsrl.com

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

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

P. I.V.A. \_\_\_\_\_

Cod. fiscale \_\_\_\_\_

Consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi della legge 196/2003)

FIRMA \_\_\_\_\_

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

IL PAGAMENTO POTRÀ AVVENIRE:

- 1) tramite ASSEGNO BANCARIO intestato e non trasferibile  
a B2B Consulting e spedito:  
B2B Consulting srl - Via Aurelia 641 - 00165 Roma
- 2) BONIFICO intestato a B2B Consulting S.r.l.  
Banca Popolare Ancona - IBAN IT04R 05308 02684 000000012353