

# CORSO PRATICO ENDODONTICO SME

## 3 OTTOBRE 2009

### Programma della Giornata:

h. 9.00 - Registrazione partecipanti

h. 9,30 - Apertura camera pulpare e reperibilità accessi canalari secondo le ultime tecniche e novità merceologiche

h. 11,00 - Preflaring, sentiero di scorrimento e preparazione canale con strumentazione rotante in nichel-titanio

Pausa pranzo

h. 14,00 - Preflaring, sentiero di scorrimento e preparazione canale con strumentazione rotante in nichel-titanio

h. 15,00 - Otturazione canale tridimensionale simultanea

Le relazioni saranno tenute dai Soci Attivi SIE della Regione Marche.

Sarà fornito tutto il materiale occorrente: i dottori dovranno portare 1/2 molari e 1/2 monoradicoli, tutti con rx pre-operatoria e camera pulpare già aperta. Riceveranno inoltre un kit gratuito di strumenti ni-ti meccanici e/o manuali. L'iscrizione al corso ha un costo di 80 € iva compresa per i non soci SIE, mentre sarà gratuita per i Soci SIE con la quota 2009 in regola.

**Il corso è limitato ad una partecipazione massima di 15 dottori, perciò è gradita la preiscrizione completa di pagamento, da inviare alla Segreteria SIE entro e non oltre il 30 Settembre.**

**Per informazioni inerenti il corso, il Segretario Regionale Dott. Mario Mancini è a disposizione per ogni chiarimento: potrete contattarlo tramite e-mail all'indirizzo "mancini117@interfree.it"**

**PESARO**

**Sede DentalGreen**

**Via Degli Abeti, 140**



Sezione Marchigiana  
della SIE

# SCHEDA DI ISCRIZIONE

RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ CITTA' \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_

PARTITA IVA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

SOCIO SIE IN REGOLA CON LA QUOTA 2009 - Gratuito

NON SOCIO SIE - 80,00 €

### MODALITA' DI PAGAMENTO:

-BONIFICO BANCARIO: Deutsche Bank – Ag. F Milano IBAN: IT90Z0310401606000000161061

-ASSEGNO: Non Trasferibile intestato a SIE (Società Italiana di Endodonzia)

-CARTA DI CREDITO: VISA MASTERCARD AMERICAN EXPRESS DINERS

TITOLARE CARTA: \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_

NOMERO CARTA: \_\_\_\_\_

COD. CVV (3 numeri sul retro della Carta): \_\_ \_\_ \_\_

DATA SCADENZA: MESE \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

**Il presente modulo, debitamente compilato, dovrà essere restituito a:**

**SEGRETARIA SIE - via Pietro Custodi N° 3 – 20136 Milano , se per posta, oppure inviato via FAX allo 02-89424876, o allegato ad e-mail all'indirizzo segreteria.sie@fastwebnet.it**