



VALET

MultiMed

Programma

- Inquadramento del prodotto
- Indicazioni
- Tecniche d'impianto (tecnica con ago e con microcannula)
- Ageing del volto
- Prove **PRATICHE**: Il corsista affiancato da tutor, avrà la possibilità di eseguire il trattamento su proprio paziente (min 1 max 3), in assenza del quale potrà assistere senza eseguire la parte pratica
- Ampia discussione **Face to Face** con l'esperto

Durata

8 ore di full immersion di cui **6 di PURA PRATICA**

Quota d'iscrizione

Quota: € **900,00** iva compresa - **Numero massimo**: 5 partecipanti

L'iscrizione comprende

- **3 fiale** di RADIESSE® 1,5 ml, utilizzabili durante il corso pratico
- Lunch
- Attestato di partecipazione

PRE (pelle chiara)

POST (pelle chiara)

PRE (pelle scura)

POST (pelle scura)



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Compilare la presente scheda in ogni sua parte ed inviare per posta o via fax a:

• Segreteria Didattica
VALET srl Via dei Fornaciari, 29/B
40129 - Bologna

• Fax: 051 32.68.40

IMPORTANTE:
Con l'iscrizione è obbligatorio inviare:

- Iscrizione all'Ordine dei Medici
- Assicurazione professionale valida

Informativa sulla privacy

Digs. 196/2003 - Ai sensi della normativa vigente sulla tutela dei dati personali acconsento a che i dati da me forniti siano immessi nel database della VALET ed utilizzati solo per ricevere informazioni e comunicazioni inerenti all'attività promossa dalla suddetta società e dalle aziende espositrici. Il nome e il cognome del partecipante a corsi, congressi e simposi potrà essere visualizzato al momento dell'accesso alle sedi degli eventi su monitor, in ragione della lettura ottica ai fini della rilevazione delle presenze per l'accREDITAMENTO ECM. Prendo atto dell'informativa sulla privacy presente sul sito:
www.valet.it/informativa_valet.htm
Barri la casella solo se intendo rinunciare a tale opportunità

Dati personali

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Località _____ CAP _____ Prov. _____

Telefono _____ Fax _____

Cellulare _____ e-mail _____

Dati per la fatturazione

Ragione Sociale o Cognome _____

IVA _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

Località _____ CAP _____ Prov. _____

Modalità di pagamento - deposito cauzionale infruttifero di € 300,00 (a garanzia della partecipazione)*

Allego copia di bonifico bancario intestato a:
VALET srl Cassa di Risparmio di Bologna - Agenzia San Lazzaro
IBAN: **IT 60 X 06385 37070 10000008022 - BIC IBSPIT2B** _____ Firma _____

Allego assegno bancario non trasferibile intestato a:
VALET srl _____ Data _____

* in caso di assenza al corso, il deposito cauzionale verrà regolarmente fatturato a titolo di risarcimento per il disagio apportato all'attività didattica



Programma

- Inquadramento del prodotto
- Indicazioni
- Varianti tecniche d'innoculo
- Prove **PRATICHE**: Il corsista affiancato da tutor, avrà la possibilità di eseguire il trattamento su proprio paziente (min 1 max 3), in assenza del quale potrà assistere senza eseguire la parte pratica
- Ampia discussione **Face to Face** con l'esperto

Durata

8 ore di full immersion di cui **6 di PURA PRATICA**

Iscrizione

Quota: € **800,00** iva compresa - **Numero massimo**: 5 partecipanti

L'iscrizione comprende

- **5 fiale** di TOSSINA BOTULINICA 50 U, utilizzabili durante il corso pratico
- Lunch
- Attestato di partecipazione



20

30

40

50

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Compilare la presente scheda in ogni sua parte ed inviare per posta o via fax a:

• Segreteria Didattica
VALET srl Via dei Fornaciaci, 29/B
40129 - Bologna

• Fax: 051 32.68.40

IMPORTANTE:
Con l'iscrizione è obbligatorio inviare:

- Iscrizione all'Ordine dei Medici
- Assicurazione professionale valida

Informativa sulla privacy

Digs. 196/2003 - Ai sensi della normativa vigente sulla tutela dei dati personali acconsento a che i dati da me forniti siano immessi nel database della VALET ed utilizzati solo per ricevere informazioni e comunicazioni inerenti all'attività promossa dalla suddetta società e dalle aziende espositrici. Il nome e il cognome del partecipante a corsi, congressi e simposi potrà essere visualizzato al momento dell'accesso alle sedi degli eventi su monitor, in ragione della lettura ottica ai fini della rilevazione delle presenze per l'accREDITAMENTO ECM. Prendo atto dell'informativa sulla privacy presente sul sito:
www.valet.it/informativa_valet.htm
Barri la casella solo se intende rinunciare a tale opportunità

Dati personali

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Località _____ CAP _____ Prov. _____

Telefono _____ Fax _____

Cellulare _____ e-mail _____

Dati per la fatturazione

Ragione Sociale o Cognome _____

IVA _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

Località _____ CAP _____ Prov. _____

Modalità di pagamento - deposito cauzionale infruttifero di € 300,00 (a garanzia della partecipazione)*

Allego copia di bonifico bancario intestato a:
VALET srl _____ Firma _____
Cassa di Risparmio di Bologna - Agenzia San Lazzaro
IBAN: **IT 60 X 06385 37070 10000008022 - BIC IBSPIT2B**

Allego assegno bancario non trasferibile intestato a:
VALET srl _____ Data _____

* in caso di assenza al corso, il deposito cauzionale verrà regolarmente fatturato a titolo di risarcimento per il disagio apportato all'attività didattica