

La Medicina Antroposofica come strumento di Cura:

focus sulla Digestione della Sostanza: aspetti fisio-patologici e rimedi



10 giugno 2017 presso Hotel Helios

Viale Elvezia, 4, 20900 Monza

Relatore e responsabile scientifico: dottoressa Francesca Valtolina, medico antroposofa

PROGRAMMA

- Registrazione partecipanti: 9.00h
- I Sessione: 9.30h – 11.30h
 - La medicina antroposofica. Visione antroposofica dell'organizzazione umana e relazione con i regni della natura.
- Coffee break: 11.30h – 11.45h
- II Sessione: 11.45h – 13.30h
 - Fisiopatologia della digestione e rimedi.
- Chiusura lavori: 13.30h

Corso a numero chiuso con iscrizione gratuita

(Iscrizione soggetta a riconferma da parte della Segreteria Organizzativa / Provider)

GECO Eventi e Formazione – Provider N. 1252

email: formazione@gecoef.it - fax 050 2209734

Via San Martino, 77 - 56125 Pisa

Tel. 050 2201353 - www.gecoef.it



SCHEDA DI ISCRIZIONE

(da inviare per email a: formazione@gecoef.it o fax 050 2209734)*

Cognome _____ Nome _____
Luogo e data di nascita _____
Codice Fiscale _____ Qualifica _____
Indirizzo privato _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____
Telefono _____ Fax _____
Cellulare _____ E-mail _____
Denominazione Luogo di lavoro/Ente di appartenenza _____
Indirizzo Luogo di lavoro /Ente di appartenenza _____

■ Professione

Medico Chirurgo Odontoiatra Farmacista Veterinario

■ Sede del Corso

Hotel Helios - Viale Elvezia 4, 20900 Monza

■ Pratica ECM SI NO

*ORDINE COLLEGIO *ASSOCIAZIONE DI (indicare città) _____

*N. ISCRIZIONE _____

(indicare il numero di iscrizione del Collegio/Associazione/Ordine di appartenenza. Lo stesso, come da disposizioni Ministeriali, sarà riportato sull'attestato ECM insieme ai crediti formativi). N.B. Senza tali dati non potrà essere rilasciato l'attestato di accreditamento ECM

Indirizzo e-mail per l'invio dell'attestato _____

Informativa ai sensi del D.LGS 30/6/2003 n. 196

Autorizzo GECO Eventi e Formazione ad inserire i miei dati nelle loro liste, per il trattamento degli stessi ai fini divulgativi, scientifici e per la pratica ECM. In ogni momento potrò avere accesso ai miei dati, chiederne la modifica o la cancellazione.

*Il presente Corso è a numero chiuso. La Segreteria si riserva di confermare l'iscrizione alla ricezione della presente Scheda.

Per il consenso _____

Data _____ Firma _____