

Fegato, Cuore, Polmone, Rene:

fisio-patologia e rimedi terapeutici secondo la visione antroposofica



20 maggio 2017 presso Hotel Crowne Plaza

Via Po 197, 35135 Limena – Padova

Relatore e responsabile scientifico: dottor Giorgio Salmaso, medico antroposofa

PROGRAMMA

- Registrazione partecipanti: 9.00h
- I Sessione: 9.30h – 11.30h
 - Visione antroposofica dell'organizzazione umana. I quattro organi fondamentali: relazione con gli arti costitutivi e sostanze dai regni della natura
- Coffee break: 11.30h – 11.45h
- II Sessione: 11.45h – 13.30h
 - Esempi di rimedi archetipici e dal regno vegetale con particolare riferimento all'organizzazione epatica
- 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

Sala Meeting Hotel Crowne Plaza – Limena, Padova

■ 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 _____