



PROGRAMME

- ⇒ Journées libres jusqu'à 16 heures 30. (Ski sur les glaciers).
- ⇒ Les cours ont lieu en fin d'après-midi de 16 heures 30 à 20 heures et comportent une pause d'une demi-heure avec rafraîchissements.

Jeudi 15 Avril

Docteur Fabienne JORDAN
Pratique privée, CHAMALLIERES, France.

- ⇒ *Technique de CFAO directe ; esthétique de la céramique fraisée ; nouvelles formes de restaurations ; et nouvelle organisation du cabinet.*

Vendredi 16 Avril

Docteur Eric BONNET
Pratique privée, LIMONEST, France.

- ⇒ *L'Imagerie 3 D ;*
- ⇒ *Eclaircissement : gadget ou nécessité.*

Samedi 17 Avril

Docteur Benoît PHILIPPE
Chirurgien Maxillo-facial, Exercice privé exclusif, Paris.

- ⇒ *Partie 1 : Greffes osseuses et ostéotomies préimplantaires : état des lieux en 2010*
- ⇒ *Partie 2 : Implantologie assistée à l'aide du logiciel SIMPLANT et des guides stéréolithographiques. Bilan à 10 ans.*

CONDITIONS D'INSCRIPTION

- Nombre de places limité en raison du nombre limité de chambres d'hôtel. (voir tarifs hôtel ci-joint)
- Tous les participants logent à l'hôtel ZERMATTERHOF (5 ★ suisse) et réservent directement.
- Le forfait hôtelier ne comprend pas les frais d'inscription aux cours.
- Les praticiens inscrivent en famille accompagnante sur le bordereau ci-dessous, leurs amis accompagnants non dentistes ne participant pas aux cours, qui règlent une participation de **50 Euros (80 S.F.)** par adulte.
- Montant des frais d'inscription : **350 Euros (560 S.F.)** pour les 3 cours.
- Seules les inscriptions accompagnées du versement des frais d'inscription seront retenues et validées par confirmation écrite.
- Bordereau à découper et à adresser à l'un des membres du COPP notés ci-dessous :

COPP c/o **Dr L.C. SIMONE** , 6, rue du Parc FR-74100 ANNEMASSE, Fax: 0450923030
ou c/o **Dr D. MENARD**, Rampe de la Gare, 2 CH-1290 VERSOIX, Fax : 0227551985

www.club-odontologique-perfectionnement.com

Date limite d'inscription le 15 Janvier 2010

► ◀
Nom _____ Prénom _____
Famille accompagnante (s) Nom _____ Prénom _____
Adresse professionnelle _____
N° de téléphone _____ N° de téléfax _____ Mail : _____
Date _____ Signature _____

Ci-joint mon (mes) chèque (s) de réservation au nom du COPP