



Président

Dr. Louis-Charles SIMONE

Comité

Dr. Bénédicte HIRLEMANN

Dr. Olivier BERTAUD

Dr. Damien MENARD

12, 13, 14 Avril

ZERMAT

2012

PROGRAMME

Les cours ont lieu en fin d'après-midi de 17h00 à 20h00.
Journées libres jusqu'à 16h30 (ski sur glacier).

Jeudi 12 Avril

Complications en chirurgie implantaire et pré-implantaire.

Prof. Paolo SCOLOZZI

Chef du Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et de Chirurgie Buccale.
Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse.

Vendredi 13 Avril

Résorption interne et externe: diagnostic, traitement et pronostic.

Dr. Isabelle PORTENIER

Cabinet d'endodontologie, Nyon, Suisse.

Chargée d'enseignement à la Division de Cariologie et Endodontie à l'Université de Genève, Suisse.

Samedi 14 Avril

Applications des ultrasons non chirurgicales et chirurgicales.

Dr. Jean-François MICHEL

Maître de conférences en Parodontologie à la Faculté de Chirurgie Dentaire de Rennes.
Ancien Président de la Société Française de Parodontologie.

CONDITIONS D'INSCRIPTION

• DATE LIMITE D'INSCRIPTION LE 31 JANVIER 2012

• Frais d'inscription (hors hôtel): 350.00 € / 450.00 CHF

• Tous les participants logent à l'hôtel ZERMATTERHOF (5 étoiles suisse) et réservent directement.

• Le forfait hôtelier ne comprend pas les frais d'inscription aux cours.

• Le nombre de places est limité en raison du nombre limité de chambres d'hôtel (voir tarifs au verso).

• Chaque praticien inscrit peut convier des amis non dentistes ne participant pas aux cours; ces «accompagnants» devront s'acquitter d'une participation de 50 € / 65 CHF par adulte (hors hôtel).

• L'inscription définitive sera confirmée par écrit seulement après réception du règlement complet des frais d'inscription accompagné du bordereau ci-dessous dûment complété, et adressé à:

» COPP, Dr. O. Bertaud, 118 rue de Genève, 74240 Gaillard, FRANCE. Fax: 04.50.38.60.13

» COPP, Dr. D. Menard, Rampe de la Gare 2, 1290 Versoix, SUISSE. Fax: 022.755.19.85

NOM _____ Prénom _____

Accompagnant(s) non dentiste(s) NOM _____ Prénom _____

Adresse professionnelle: _____

N° tel: _____ N° fax: _____

E-mail: _____

Chèque joint (libellé à l'ordre du COPP)

Date: _____

Signature: _____