



Dr Romain DE PAPÉ



Niveau expert



Public visé et prérequis

Formation à destination des orthodontistes



PARIS

• 17 septembre



1 jour - 7 heures
de 09h30 à 17h30

PROGRAMME

- Notions essentielles en occlusion dynamique et en électromyographie.
- Apport d'outils optimisés aux traitements ONM.

PRIX DE LA
FORMATION
600 €

PARTICIPATION D'UN(E)
ASSISTANT(E) POSSIBLE :
100 €

Pauses et déjeuner
compris

ORTHODONTIE INVISIBLE

LES BASES DE L'ORTHODONTIE NEUROMUSCULAIRE ONM

Conditions générales d'inscription :

- Votre demande d'inscription sera prise en compte à réception du règlement.
- Une confirmation définitive de votre inscription vous sera communiquée au plus tard un mois avant la date de la formation.
- L'organisme de formation se réserve le droit de reporter ou d'annuler la formation, si le nombre minimum de participants n'est pas atteint.
- Toute demande d'annulation jusqu'à 6 semaines de la date de formation sera acceptée et entraînera des frais à hauteur de 50% du prix initial. Au delà de 6 semaines, aucun remboursement ne pourra être effectué.

Pour plus d'informations, merci de contacter :

par mail : academy@biotech-dental.com

Hanâa BENNAIM

+33 (0)6 26 30 40 46

h.bennaim@biotech-dental.com

Linda POULAIN

+33 (0) 6 03 67 59 54 | +33 (0)4 86 64 19 17

l.poulain@biotech-dental.com

Valentine VANTHOMME ZUIDA

+33 (0) 6 17 85 97 11

valentine@smilers.com

Inscription obligatoire - Sur le site **academy.biotech-dental.com ou par courrier.**

Bulletin à renvoyer par courrier (accompagné de votre règlement libellé à l'ordre de Biotech Dental Academy)
à l'adresse suivante : Biotech Dental Academy - 305, allées de Craponne - 13300 Salon-de-Provence,

BULLETIN D'INSCRIPTION - LES BASES DE L'ORTHODONTIE NEUROMUSCULAIRE ONM - 2026

Civilité : M. Mme Mlle

Nom : Prénom :

Adresse cabinet/facturation :

Code Postal : Ville :

Tél. : E-mail :

N° SIRET :

Régime alimentaire : Repas classique Repas végétarien

Allergies : Si OUI, précisez :

Je souhaite participer à la formation du : ____ / ____ / 2026 dans la ville de _____ .

avec mon ou mes assistant(e)s Nom(s) et Prénom(s) :

Je ne pourrai pas participer à ces sessions mais je souhaite être informé(e) des prochaines dates de formations / séminaires.

Je soussigné(e) sur l'honneur, affirme exercer une activité professionnelle en lien avec la pratique dentaire et orthodontique.

Date : ____ / ____ / ____ .

Signature du Praticien

Cachet du Praticien