

LA PROTHÈSE TÉLESCOPIQUE IMPLANTO-PORTÉE : CONCEPT PERFECT LINK



Dr Olivier VALLET

PROGRAMME

Description, indications et intérêts

- Intérêt du système Iso-Post et du concept « Perfect Link »,
- Perfect Link VS prothèses transvissées et scellées,
- Indications et limites du système,
- Description de la gamme Iso-Post.

Protocole - Édentement partiel

- Planification chirurgicale, pose des implants, choix des piliers, communication cabinet/labo,
- Cas cliniques au fauteuil - édentement partiel.

Protocole - Édentement complet

- Planification chirurgicale, pose des implants, répartition des implants, choix des piliers, communication cabinet/labo, intérêts pour la mise en charge immédiate,
- Cas cliniques au fauteuil - édentement complet.



Niveau confirmé



18 novembre
2022



Toulouse

PRIX DE LA FORMATION

500 €

Pauses et déjeuner compris

Formation : 09h00 à 18h00

Lieu de la formation : TOULOUSE

Adresse communiquée ultérieurement



7 participants
maximum

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 3 semaines 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 :

Hanâa BENNAIM : +33 (0)6 26 30 40 46 / h.bennaim@biotech-dental.com
Christine COULLOMB : +33 (0)6 16 75 31 74 / c.coullomb@biotech-dental.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 - IMPLANTOLOGIE - 2022

Civilité : M. Mme Mlle

Nom : Prénom :

Adresse cabinet / Facturation :

Code Postal : Ville :

Tél. : E-mail :

N° SIRET :

Régime alimentaire particulier : OUI NON Si OUI, précisez :

Allergies : Si OUI, précisez :

Je souhaite participer à la formation du / / 2022

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.
Date : ___/___/___ .

Signature du Praticien

Cachet du Praticien