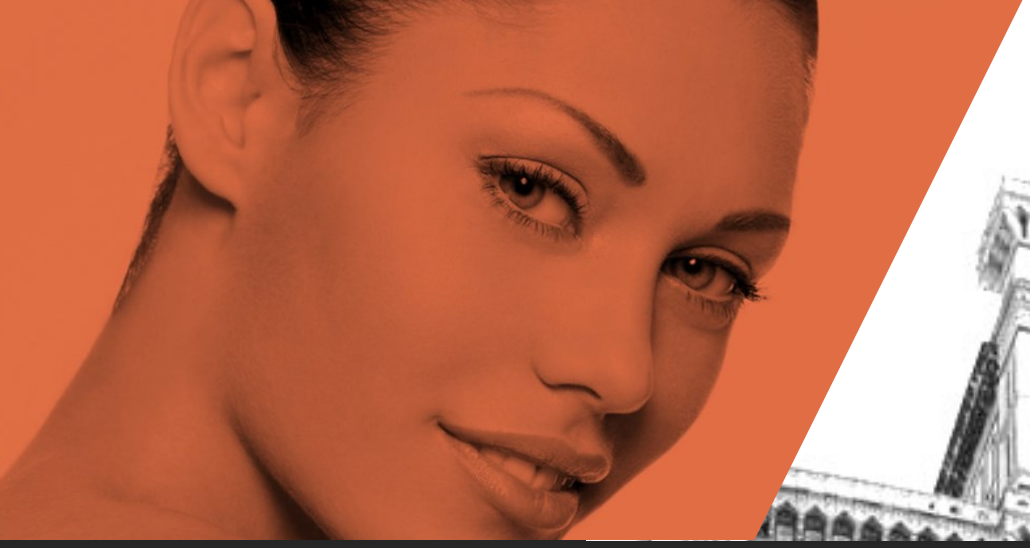

FIRENZE
18 GENNAIO 2019

"LA MEDICINA RIGENERATIVA PER IL MEDICO ESTETICO"

SEFFILLER® Medlight Istituto Medico | Venerdì 18.1.19 | 14:30 | 18:30

PROGRAMMA
CORSO SEFFILLER® "HANDS-ON"

14:00 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI

14:30 INIZIO LAVORI | SESSIONE TEORICA

- Introduzione ai nuovi concetti di invecchiamento del volto
- Ruolo della medicina Rigenerativa nella prevenzione e cura dell'invecchiamento
- Approfondimento dei concetti di SVF e di ADSCs.

15:30 LIVE TREATMENT DOCENTE

16:00 COFFEE BREAK

16:15 SESSIONE PRATICA Corsista

- Parte pratica per un massimo di **5 trattamenti**

18:30 TERMINE LAVORI

MAX 8 PARTECIPANTI

SEDE DEL CORSO

MEDLIGHT ISTITUTO MEDICO
Via Claudio Monteverdi 2

=

DOCENTE
Prof. Alessandro Gennai

Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica
Specialista chirurgia generale
Professore a contratto Università di Camerino e Torino
Modulo di Chirurgia Plastica: Nuove Applicazioni
Modulo di Medicina Estetica: Nuovi Approcci
STUDIO GENNAI - Bologna (Italy)
GENNAI STEM CELL INSTITUTE
Miami (US) Scientific Director

Obiettivo del corso

Il corso è dedicato alla Tecnica SEFFILLER®, procedura indirizzata per rigenerare il tessuto utilizzando la frazione vascolare stromale (SVF) contenente cellule staminali di origine adiposa (ADSCs).

Il corso è rivolto ai Medici Estetici e ai Chirurghi con lo scopo di presentare ai Colleghi il Kit Ambulatoriale "all in one" per essere utilizzato in modo sicuro, semplice ed efficace.

MODULO DI ISCRIZIONE

PARTECIPANTE

Cognome e Nome: _____

Specialità: _____

Telefono: _____Cellulare:_____

e-mail:_____

Indirizzo:_____

PRIVACY La compilazione del presente modulo è necessario per l'organizzazione del Corso. Con l'invio del modulo l'interessato autorizza il trattamento dei propri datipersonali AI SENSI DELL'ART.13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO N.679 del 2016 (vedi qui di seguito)

CORSO PRATICO "HAND ON" A NUMERO CHIUSO PER 15 PARTECIPANTI 5 DEI QUALI POTRANNO PORTARE LA PROPRIA MODELLA ED ESEGUIRE LA PROCEDURA SOTTO LA SUPER VISIONE DEL DOCENTE

PARTECIPAZIONE CON MODELLA

SI NO

MODALITA' DI ISCRIZIONE

a) **Quota di iscrizione €. 150,00 + IVA**

b) **Con l'acquisto di 2 Kit Seffiller la partecipazione al corso è gratuita**

Per il corsista provvisto di Modella che verrà seguito dal docente durante il corso il costo del materiale utilizzato sarà il seguente:

- Kit SEFFILLER® €. 300,00/cad IVA compresa ;
- Kit SEFFILLER® e acido ialuronico (utilizzato per il blending) €. 350,00/cad IVA compresa.

La quota di iscrizione include la partecipazione alle sessioni del corso coffee break attestato di partecipazione.

MODALITA' PAGAMENTO

- ***MODALITA' DI ISCRIZIONE:*** BANCO POPOLARE - AG.PORTA NUOVA - BERGAMO | IBAN: IT62P0503411121000000035645
- ***Kit SEFFILLER® e acido ialuronico*** direttamente al corso prima del loro utilizzo.

CANCELLAZIONI

La notifica delle cancellazioni e/o modifiche devono essere inviate per iscritto alla Segreteria Organizzativa. La quota del corso **NON** sarà rimborsabile.

FIRENZE 18 GENNAIO 2019

CORSO SEFFILLER®

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO N.679 del 2016

Bi-medica Srl ha aggiornato l'informativa privacy per gli utenti in modo conforme ai nuovi standard dettati dal Regolamento Europeo n.679 del 2016 (GDPR).

L'Informativa Privacy aggiornata prevede quanto segue:

a) Bi-medica srl, titolare del trattamento dei dati, elabora i dati personali da Lei forniti con modalità cartacea ed anche informatizzata, per le seguenti finalità:

1) iscrizione all'evento sovra indicato;

2)l'invio di messaggi informativi relativi a corsi, eventi, promozioni e newsletter.

b) I dati personali in questione sono trattati secondo i principi di liceità, correttezza e trasparenza.

c) I dati forniti saranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti.

d) I dati potrebbero essere comunicati ad autorità per ottemperare ad obblighi di legge.

e) Lei potrà esercitare i diritti di cui al capo III del Regolamento UE 2016/679 (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione nel trattamento, opposizione, chiedere la portabilità dei dati e proporre reclamo all'autorità di controllo) scrivendo alla società Bi-medica srl, Via S. Alessandro 30, 24023 Clusone (BG), tel.0356221138, fax: 02 700502661,e-mail bimedica@bimedica.it. Il trattamento avviene presso la sede operativa in via Nelson Mandela 20 , 24048 Treviolo (BG) a cura del personale incaricato.

IO SOTTOSCRITTA/O _____

Per la finalità di cui al punto a) 1) quindi d'iscrizione all'evento

NO NEGO il consenso **SI** DO il consenso

Resta inteso che se non verrà prestato il consenso non si potrà dar seguito all'iscrizione all'evento.

Data _____Firma e Timbro_____

IO SOTTOSCRITTA/O _____

Per la finalità di cui al punto a) 2) invio di comunicazioni informative (calendario corsi, offerte, newsletters)

NO NEGO il consenso **SI** DO il consenso

Se preferite non ricevere più comunicazioni, potrete essere rimossi dalle nostre newsletter comunicandolo in qualsiasi momento alla email bimedica@bimedica.it

Data _____Firma e Timbro_____