

**MODULO DI PRENOTAZIONE**  
**CORSO DI ORTODONZIA:**  
**LA TERAPIA ORTODONTICA PRECHIRURGICA**

Io sottoscritto/a

Cognome..... Nome.....

Data di nascita.....

Laureato/a in..... Specializzato/a in.....

Indirizzo.....

CAP.....Città.....Prov. ....

Telefono.....Fax.....Cell.....

E-Mail.....

**Chiedo**

di essere prenotato/a al Corso di Ortodonzia “La Terapia Ortodontica Prechirurgica” tenuto dal dott. M. Musilli a Napoli il .....

Firma

Tale modulo va firmato e spedito a mezzo fax al n° 089-8422848 (una conferma via mail dell'avvenuta spedizione del suddetto fax a [marinomusilli@gmail.com](mailto:marinomusilli@gmail.com) è gradita e potrà evitare disguidi).

La data dell'incontro indicata nel programma è suscettibile di modifiche. Nel caso verranno tempestivamente comunicate con un preavviso di almeno due settimane.

La sede del Corso (a Napoli) verrà confermata ai partecipanti iscritti non appena possibile.