

# Meeting Oftalmologico Nazionale

Patrocinio  
REGIONE VENETO  
SOT (*Società Oculistica Triveneta*)  
SITRAC (*Società Italiana Trapianto Cornea*)

## Chirurgia Ambulatoriale del Trapianto di Cornea

*Si attesta che il/la Dott./Prof. ....*  
*ha partecipato, in data odierna, al Meeting Oftalmologico Nazionale*  
*“Chirurgia Ambulatoriale del Trapianto di Cornea”.*

*Padova, 8 aprile 2000*

**Il Segretario**

**Il Presidente**