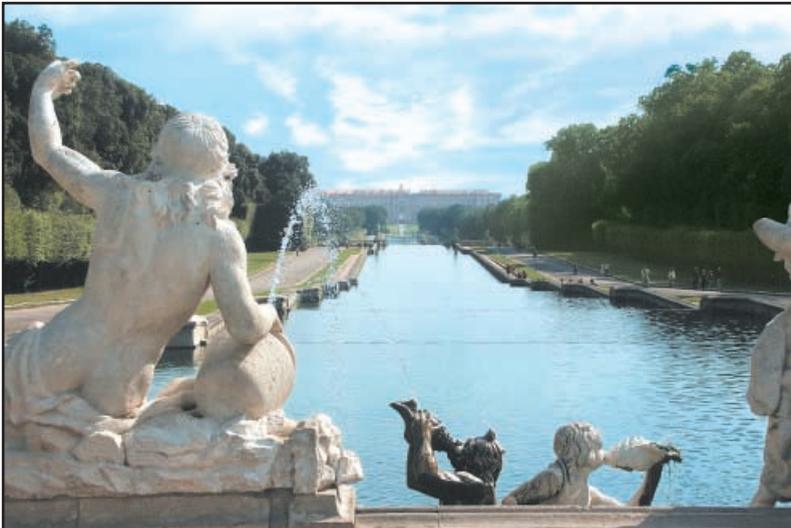


INVITO

INCONTRO DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

DAL CHERATOCONO AL CROSS-LINKING

CASERTA - GRAND HOTEL VANVITELLI
22 GIUGNO 2009



Il Programma

- Ore 8,30 **Registrazione dei partecipanti**
- Ore 9,00 **Introduzione dei lavori**
Approccio al cheratocono
Prof. Dott. Felice Fioretti
- Ore 9,20 **Genetica del cheratocono**
Prof. Dott. Teresa De Berardiniis
- Ore 10,20 **Cross-linking nel trattamento del cheratocono iniziale - Parte prima**
Dott. Lino Guarracino
- Ore 11,00 **Coffee break**
- Ore 11,20 **Cross-linking nel trattamento del cheratocono iniziale - Parte seconda**
Dott. Elio Trotta
- Ore 12,00 **Il protocollo di adattamento delle LAC RGP dopo cross-linking**
Stanislao Reppucci
- Ore 12,30 **Quadro: la nuova LAC per il cheratocono con quattro eccentricità differenti**
Salvatore Figuccia
- Ore 13,00 **Chiusura dei lavori**
Prof. Dott. Felice Fioretti
- Consegna attestati di partecipazione



ASCON Contactlinsen Deutschland

Distributore in esclusiva per l'Italia
Via Nappi, 45 - 83100 AVELLINO
Tel 0825 74582 - Fax 0825 74569
www.asconcontact.com - ascon@asconcontact.it

DAL CHERATOCONO AL CROSS-LINKING

**CASERTA - GRAND HOTEL VANVITELLI
22 GIUGNO 2009**

L'Ascon Contactlinsen Deutschland è lieta di invitare la S.V. all'incontro di aggiornamento professionale sul tema del cheratocono che si terrà lunedì 22 giugno 2009 dalle ore 8,30 alle 13,00 presso il Grand Hotel Vanvitelli in Via Carlo III di Borbone - Uscita Caserta Sud.

Modalità di partecipazione

Compilare e trasmettere via fax o a mezzo e-mail il coupon di iscrizione in basso debitamente compilato in ogni sua parte entro martedì 16 giugno 2009.

La partecipazione all'incontro è gratuita.

Saranno ammessi solo i primi 50 iscritti.

Moderatore:

Dott. Giovanni Iovieno
Direttore Sezione Oculistica
Presidio Ospedaliero di Polla (SA)

Segreteria Organizzativa:

A cura della Dott.ssa Miriam Reppucci
ASCON Contactlinsen Deutschland
Tel 0825 74582 - Fax 0825 74569
seminari@asconcontact.it

Cognome _____

Nome _____

Ottico Oculista Ortottista

Via _____ Tel _____

CAP _____ Città _____

E-mail _____

Ai sensi delle Leggi 675 e 676 del 31 dicembre 1996 si autorizza espressamente a che le informazioni contenute nella domanda di iscrizione inviata ad Ascon Contactlinsen Deutschland s.r.l. possano costituire oggetto di trattamento per il processo di ammissione all'incontro di aggiornamento professionale e per comunicazioni future su ulteriori iniziative.

Data _____ Firma _____