

**FORMAZIONE IN MEDICINA S.r.l.**

**ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE**

**La sottoscritta Isabella Palombo in qualità di rappresentante legale  
della società FORMAZIONE IN MEDICINA srl**

**CERTIFICA che il/la Dott./Dott.ssa**

**GUALDI LUCA**

**Ha partecipato, al corso di formazione :**

**Cataratta, ieri, oggi e domani :dalla ECCE alla bimanuale**

**tenutosi presso**

**Ospedale Sant'Andrea Aula C 21 Ottobre 2006**

FORMAZIONE IN MEDICINA S.r.l.  
Sede legale: Via F. Sacchetti, 125  
Sede operativa: Viale Jonio 21/B  
00141 Roma - P. IVA 08603881007