AL PRESIDENTE
DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI Verona

Verona, ___ / ___ / ___

Oggetto: domanda per la concessione del Patrocinio dell'Ordine

Manifestazione per la quale si richiede il Patrocinio:

TITOLO _____

_____

_____

Sede _____Data _____

AREE TEMATICHE _____

_____

DESTINATARI

_____

Accreditamento ECM SI □ NO □
Quota iscrizione SI □ NO □ € _____

Verifica finale SI □ NO □ Per gradimento □
Per profitto □

Programma allegato provvisorio □ definitivo □

ENTE ORGANIZZATORE _____

Eventuale Rappresentate legale _____

Sponsor : SI □ NO □ _____

(specificare lo sponsor) _____

Il Patrocinio è stato richiesto ad altri Enti SI □ NO □ _____

Impegni verso l'Ordine:

1) inoltrare programma definitivo per l'annuncio sul Bollettino
2) menzionare la concessione del Patrocinio dell'Ordine
3) inviare copia eventuali Atti

Firma del referente scientifico/organizzativo_____