

Spett.le
Ordine dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri della provincia di Roma
Via Giovanni Battista De Rossi, 9
00161 Roma (RM)

info@ordinemediciroma.it
protocollo@pec.omceoroma.it

RICHIESTA DI PATROCINIO

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di: _____ *

del

- Corso di formazione/aggiornamento
- Congresso
- Seminario
- Master
- Premio/Concorso
- altro _____ **

dal titolo _____

organizzato da _____

segreteria organizzativa: _____

che si svolgerà in data/nelle date _____

presso _____

CHIEDE

- che venga concesso il patrocinio dell'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

* responsabile scientifico, presidente, coordinatore, organizzatore eventi, ecc.

** specificare la tipologia di manifestazione

che venga autorizzato l'utilizzo del logo dell'Ordine da apporre sul programma/locandina

a tal fine comunica che l'evento:

prevede l'erogazione di crediti ECM (crediti assegnati _____)

non prevede l'erogazione di crediti ECM

è destinato alle seguenti figure professionali _____

specializzazione/i _____

ha fini commerciali no

sì _____ ***

è sponsorizzato da casa farmaceutica no

sì _____ ***

ha ottenuto patrocinio da altri Enti /Associazioni no

sì _____

_____ ***

l'evento ha un costo di € _____ , _____

allega il programma temporaneo

definitivo

allega i propri recapiti per ricevere eventuali comunicazioni

In fede

Data _____

firma

_____ *** indicare quali