

Spett.le
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA VALLE D'AOSTA

C.so Lancieri di Aosta 5
11100 Aosta (AO)
segreteria@omceo.vda.it
segreteria.ao@pec.omceo.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 dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Della Valle d'Aosta _____

* 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