



DOMANDA RICHIESTA DI PATROCINIO

**ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI LATINA**

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

Medico Chirurgo oppure Odontoiatra

iscritto/a all'Albo dell'Ordine della provincia di n. posizione

in qualità di responsabile scientifico della manifestazione/convegno/incontro scientifico, dal titolo:

che si svolgerà a giorno/i / mese anno

ORGANIZZATORE

PROVIDER (ECM)

SPONSOR

SPONSOR

CHIEDO IL PATROCINIO

Assicuro che il mio nominativo comparirà negli inviti/locandine quale responsabile scientifico, che lo svolgimento della manifestazione sarà in ogni suo aspetto rispettoso del decoro e della dignità della classe medica e che vigilerò sulla assenza di conflitto di interesse nel corso dell'informazione scientifica. Garantisco che un rappresentante di codesto Ordine potrà partecipare alla manifestazione ed avrà la possibilità di effettuare un intervento di saluto ai partecipanti.

Dichiaro che i soggetti patrocinatori (elencati secondo l'ordine con cui saranno riportati nel programma) saranno i seguenti:

(indicare anche in quale posizione sarà riportato il patrocinio dell'Ordine)

1 2

3 4

5 6

E' stato chiesto l'accreditamento per l'E.C.M. SI NO

Allego il programma preliminare in attesa di inviare il programma definitivo edito a stampa.

Ogni vostra comunicazione dovrà essere inviata al seguente recapito:

Città prov cap

Via/Piazza civ

Recapito telefonico

data / /

firma