



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Latina - Piazza Angelo Celli, 3 - 04100 Latina
Tel 0773/693665 - Fax 0773/489131 - info@ordinemedicilatina.it - www.ordinemedicilatina.it

DOMANDA RICHIESTA DI PATROCINIO

**ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI
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 indirizzo

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.

Ottenuto il patrocinio, il logo da apporre sul materiale informativo, quello a fianco riportato che l'Ordine rilascerà via e-mail telefonica al numero 0773. 693665.  è unicamente tramite richiesta

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	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>

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

Allego il programma preliminare in attesa di inviare il programma definitivo per e-mail a info@ordinemedicilatina.it affinché sia pubblicato nel calendario dei convegni sul sito web dell'Ordine (Attenzione il file dovrà essere di peso ridotto)

Ogni vostra comunicazione dovrà essere inviata a:

Città prov cap

Via/Piazza civ

Recapito telefonico

data / / firma