RICHIESTA PATROCINIO

All’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Reggio Calabria

Il/La sottoscritto/a

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome - Nome |  |

 Medico chirurgo  Odontoiatra

|  |  |
| --- | --- |
| iscritto all’Albo dell’Ordine della provincia di  |  |
| in qualità di responsabile della manifestazione / convegno scientifico dal titolo: |
|  |  |
|  |  |
| che si svolgerà a |  |  |
| indirizzo |  |  |
| il [gg/mm/aaaa] |  |  |
| 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 così come specificato nella locandina medesima.

Ottenuto il patrocinio, il logo da apporre sul materiale informativo è unicamente quello che l'Ordine rilascerà via e-mail tramite richiesta telefonica numero 0965/812797 o fax 0965/893074.

È 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 segreteria@omceo.rc.it affinché sia pubblicato nel calendario delle attività sul sito web istituzionale dell'Ordine (*il file dovrà essere di peso ridotto e la locandina dovrà essere priva di ogni forma di pubblicità*)

Ogni vostra comunicazione dovrà essere inviata a:

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome / Nome |  |
| Indirizzo |  |
| Città |  |
| Telefono / Cellulare |  |
| Email |  |

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_