

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'Organizzazione si impegna a prevedere la presenza del Sig. Presidente dell'Omceo Roma o suo delegato all'Evento

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