RICHIESTA DI PATROCINIO

Al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Arezzo
Viale Giotto, 134 -52100- Arezzo e-mail chirurgi@omceoar.it
PEC: segreteria.ar@pec.omceoar.it

Il sottoscritto

in qualità di e in nome e per conto
dell'Organismo Promotore sotto indicato, chiede il PATROCINIO dell'Ordine dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri della provincia di Arezzo per l'evento di seguito dettagliato:

Titolo dell'evento	
Finalità e obiettivi dell'evento	
Organismo promotore	
Destinatari	☐ medici di medicina generale ☐ medici di continuità assistenziale ed emergenza territoriale ☐ medici addetti alla medicina dei servizi ☐ pediatri di libera scelta ☐ specialisti ambulatoriali convenzionati ☐ specialisti dipendenti ☐ medici funzionari ☐ liberi professionisti ☐ tutti gli iscritti all'Ordine ☐ altro
Livello di organizzazione	☐ provinciale ☐ ultra provinciale
Numero previsto di partecipanti	

Luogo dell'evento	
Durata dell'evento (date e orari)	
Presenza di sponsor non condizionanti	☐ settore farmaceutico ☐ altro ☐ nessuno sponsor
Attività dello/degli sponsor non condizionanti	☐ finanzia l'evento per la percentuale% ☐ retribuisce i docenti/relatori (compenso e/o rimborso spese) ☐ fornisce materiale organizzativo (locandine, inviti, coffee break, ecc.) ☐ fornisce materiale scientifico (pubblicazioni, materiale didattico, ecc.)
Trattamento economico dei docenti/relatori	☐ è previsto un compenso ☐ è previsto il rimborso spese (viaggio, soggiorno, ecc.) ☐ nessun trattamento economico
Contributo a carico dei partecipanti	☐ pari a € ☐ evento ad accesso gratuito
Eventuali altri patrocini richiesti	
Codice dell'eventuale accreditamento ECM o numero pratica	
Logo dell'Ordine sul materiale divulgativo	☐ richiesto ☐ non richiesto

Data

Firma