

Spett.  
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI  
DEL VERBANO CUSIO OSSOLA

Corso Cobianchi 62 Scala B  
28921 Verbania (VB)

segreteria@medvco.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 dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del VCO**

\* 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'evento ha un costo di € \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

allega il programma  temporaneo  
 definitivo

allega i propri recapiti per ricevere eventuali comunicazioni

In fede

Data \_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \*\*\* indicare quali