DOMANDA PER L'UTILIZZO OCCASIONALE DELLA SALA CONVEGNI DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI GENOVA

I SOTTOSCRITTI

DOTT/PROF. …… responsabile dell'evento

DOTT……responsabile organizzativo dell'evento

A nome di …….(assoc.ne culturale, società scientifica ecc.)

CHIEDONO

di poter usufruire della SALA CONVEGNI
dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Genova

per il giorno……dalle ore……..alle ore…….

Per……(Tipologia evento)

Tema /ordine del giorno …… (come da programma allegato)

DICHIARANO quanto segue:

***1**) Sponsorizzazioni (in caso affermativo sponsor e quota) **:**

_____
_____

2) Tassa di Iscrizione **(**in caso affermativo indicare l'importo):

_____

3) Soggetti a cui è rivolto l'evento:
_____
_____
_____

4) Organizzatore o Provider:
_____
_____

5) Crediti ECM:_____

*** P.S.: <u>la sede non è disponibile per corsi monosponsor</u>**
(regolamento reperibile sul sito www.omceoge.org)

ASSICURANO

che il numero dei medici/odontoiatri partecipanti all'evento **non sarà superiore** in totale alle 99 unità.

DICHIARANO

che eventuali spese per danni arrecati durante lo svolgimento dell'evento verranno interamente rimborsate all'Ordine dai sottoscriventi

CORRISPONDONO

A titolo di rimborso la somma di € ……

In fede.

IL RESPONSABILE SCIENTIFICO IL RESPONSABILE ORGANIZZATIVO

--- ---

Data _____/ _____/ _____

Inviare a mezzo mail info@omceoge.org o a mezzo fax 0039 010 593 558