Al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di GENOVA

Il/la sottoscritto/a dott. _____

in qualità di _____

C H I E D E

il Patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di GENOVA per la manifestazione _____

_____

che si terrà il _____ sede _____

A TAL FINE COMUNICA :

- tema della manifestazione _____
- durata complessiva _____
- durata delle singole lezioni _____
- argomenti affrontati nelle singole lezioni _____
- Docenti _____
- finalità e obiettivi didattici dell'iniziativa _____
- destinatari della manifestazione _____
- eventuale quota di iscrizione di € _____
- eventuali sponsorizzazioni _____
- ente organizzatore o Provider _____
- altri enti a cui è stato richiesto il patrocinio _____
- crediti ECM _____

Allega programma della manifestazione (anche provvisorio).

Data _____ *Firma* _____