

Richiesta Patrocinio e utilizzo del Logo dell'Ordine

Spett. le
**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA
DI POTENZA**
Via Vincenzo Verrastro 3/L
85100 POTENZA

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa in
qualità di chiede il PATROCINIO GRATUITO per il
seguente evento:

- Congresso / Convegno
 Corso di Formazione
 Altro _____

TITOLO _____

SEDE _____

DATA _____ AREE TEMATICHE _____

DESTINATARI _____

Il/la sottoscritto/a **dichiara** di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei dovuti modi, qualsiasi variazione e modifica relativa all'evento di cui si richiede il Patrocinio e **allega alla presente copia del programma preliminare o definitivo dell'evento.**

Il/la sottoscritto/a inoltre dichiara di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.Lgs. 196 del 30.06.2003

Luogo e data

FIRMA

.....

Modulo da inviare all'OMCeO via mail a segreteria@omceo.pz.it