

**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:_____

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 sottoscrittenti

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