

La richiesta deve essere inoltrata via E-mail almeno 90 giorni prima dell'evento.

Data, _____

Alla Segreteria SISAV
info@sisav.eu

Con la presente si richiede la concessione del Patrocinio e l'autorizzazione all'utilizzo del logo SISAV per l'evento specificato nel modulo allegato.

Richiedente: _____

Indirizzo

Telefono

Email

TUTTI I SEGUENTI CAMPI SONO OBBLIGATORI:

Titolo della Manifestazione			
Luogo di svolgimento	Luogo		
	Regione	Provincia	
	Comune		
Data inizio – Data fine	Inizio:	Fine:	(gg/mm/aa)
Quota individuale di partecipazione	€		
Numero previsto di partecipanti	N.		
Obiettivi formativi			
Responsabile della manifestazione			
Destinatari della Manifestazione Il patrocinio può essere concesso anche per manifestazioni per professionisti sanitari non medici	1)	2)	3)

Indicare se è stato richiesto l'accreditamento ECM

ECM richiesto	Sì <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Nome Provider	

Indicare i dati della Segreteria Organizzativa a cui fare riferimento per la richiesta di informazioni

Nome			
Via		Cap.	
Città		Prov.	
Tel			
Fax			
E-mail			

N.B. Allegare il file del programma preliminare con elenco dei relatori

La concessione del Patrocinio SISAV prevede l'inserimento dell'evento nel calendario dei Corsi e dei Congressi del sito www.sisav.eu e l'invio di comunicazione informativa dell'evento via e-mail ai soci SISAV
