DOMANDA DI PATROCINIO

(La richiesta , dovrà essere presentata almeno 30gg prima dell'avvio dell'iniziativa)

Alla cortese attenzione
Presidente Ordine dei Medici
e degli Odontoiatri Provincia
di Benevento

Oggetto - Domanda di patrocinio

Il sottoscritto_____

In qualità di _____

C H I E D E

la concessione del patrocinio per l'iniziativa dal titolo_____

che si terrà_____

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità:

- che l'Ente/Associazione non persegue scopi di lucro legati all'evento;
- che è stata presa visione del regolamento per i Patrocini dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Benevento.

A tal fine allega alla presente

- scheda richiesta patrocinio
- documentazione richiesta nel regolamento di patrocinio

Data_____

Timbro e Firma

All. 2

SCHEDA RICHIESTA PATROCINIO

Denominazione del Soggetto proponente_____

Sede del Soggetto proponente _____

Referente da contattare_____
*Indicare contatti telefonici e indirizzo di posta elettronica*_____
_____
_____

Attività del soggetto proponente_____

Titolo dell'iniziativa_____

Sede dell'iniziativa_____

- *se presso La sede Dell' OMCeO di Benevento*

○ corrisponde la somma di **€ 200,00** (duecento/00 euro) per l'utilizzo giornaliero dell'Auditorium

○ corrisponde la somma suppletiva di **€ 80,00** (ottanta/00 euro) per l'utilizzo giornaliero dell'Auditorium al di fuori degli orari di apertura degli Uffici dell'Ordine nei giorni feriali e festivi.

Data/tempi di realizzazione dell'iniziativa_____

Descrizione dell'iniziativa
*Indicare obiettivi e finalità dell'iniziativa*_____

Destinatari dell'iniziativa_____

Tipolgia dell' evento

- ○ Convegno, Seminario, Congresso
- ○ Corso
- ○ Ricerca, Indagine conoscitiva
- ○ Mostra, Rassegna
- ○ Premio, Concorso
- ○ Manifestazione Culturale, Sociale, Educativa, Celebrativa, Benefica o altro

Provenienza presunta dei partecipanti

- ○ Comunale
- ○ Provinciale
- ○ Regionale

- Nazionale
- Internazionale

Stima presunta dei partecipanti_____

Partecipazione di altri enti

O Si

O No

Se SI, denominare l'Ente o Associazione ed il tipo di partecipazione (finanziamento, organizzazione, patrocinio)

E' previsto l'accreditamento al programma di Educazione Continua in Medicina

O Si

O No

Contributo spese_____
Specificare il costi del corso e se esistono agevolazioni per particolari categorie

Sono previste iniziative di comunicazione

O Si

O No

Se SI, specificare:

- Stampa di materiali editoriali (inviti, manifesti, locandine) di pubblicità e promozione
- Conferenza stampa (specificare data e sede)
- Realizzazione di un sito internet dedicato (specificare)
- Utilizzo promozionale di siti internet (specificare)
- Altro (specificare)

Sono previste attività sociali

O Si

O No

Se SI, specificare:

- Rinfresco
- Altro

Data _____

Il Richiedente