

**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)

DICHIANANO 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: _____

*** P.S.: la sede non è disponibile per corsi monosponsor**
(regolamento reperibile sul sito www.omceoge.it)

ASSICURANO

che il numero dei medici/odontoiatri partecipanti all'evento **non sarà superiore** in totale alle 99 unità

SI IMPEGNANO

a garantire il rispetto delle vigenti normative e protocolli in materia di protezione dal contagio SARS-CoV-2 in ambienti chiusi

DICHIARANO

che eventuali spese per danni arrecati durante lo svolgimento dell'evento verranno interamente rimborsate all'Ordine dai sottoscriventi

CORRISPONDONO

a titolo di rimborso per le spese tutte relative all'utilizzo della Sala Convegni la somma di €

In fede.

IL RESPONSABILE SCIENTIFICO

IL RESPONSABILE ORGANIZZATIVO

Data ____/____/____

S

Inviare a mezzo mail protocollo@omceoge.org