[Società]
[Indirizzo, Città, CAP]
Tel. [Telefono] **Fax** [Fax]

Sostituire con un
LOGO

RICHIESTA DI PATROCINIO ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE PAVIA

EVENTO

DATA INIZIO	DATA FINE	SEDE DELL'EVENTO:
[Selezionare data]	[Selezionare data]	

TITOLO EVENTO:

_____ _____ _____

RESPONSABILE DELL' EVENTO: QUALIFICA

_____ _____

NOMINATIVO ASSOCIAZIONE/ENTE: CONTATTI

_____ _____

RELAZIONE BREVE SULL' EVENTO

_____
_____
_____
_____

RIEPILOGO EVENTO

NUMERO PARTECIPANTI:	ARGOMENTO	GENERALE
_____	_____	

RELATORI/DOCENTI (in alternativa allegare il programma)

NOME, COGNOME	PROFESSIONE
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ALTRI PATRICINI RICHIESTI:

ENTI/ASSOCIAZIONI	SPONSOR
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ALTRO

☐ SI RICHIEDE DI UTILIZZARE IL LOGO IN:_____
(Indicare l'uso del logo: manifesti, brochure, altro)

☐ DICHIARO DI AVER LETTO ED ACCETTATO IL REGOLAMENTO OPI DAL TITOLO: "RICHIESTA DI PATROCINIO OPI"

☐ ALLEGATO PROGRAMMA DELL'EVENTO

☐ ALLEGATO CV E STATUTO (vedi regolamento)

☐ RICHIESTA DI PATROCINIO ONEROSO PER EURO _____

☐ RICHIESTA DI VANTAGGIO ECONOMICO:
_____
_____

DATA_____

FIRMA_____

Modulo richiesta patrocinio approvato dal Consiglio Direttivo con Delibera n. 157 del giorno 06/12/2018