

Al
Consiglio Direttivo
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Trieste
Piazza Goldoni 10
34122 TRIESTE

Richiesta patrocinio.

Evento:

Richiedente: dott./dott.ssa
iscritto/a all'Albo Medici Chirurghi/Odontoiatri dell'Ordine Provinciale di Trieste:

Medico/Odontoiatra che partecipa attivamente in rappresentanza dell'Ordine:

Organizzatori:

Responsabile scientifico:

Provider:

Sponsor:

Enti patrocinatori:

Data:

Firma:

Si allega il programma definitivo della manifestazione.