

Alla c.a. del Consiglio della Società Italiana di Medicina Farmaceutica (SIMeF ETS)

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di _____

della società/ente/altro _____

con sede in _____ Via _____

Telefono/cell. _____ Fax _____

E-mail: _____

sito web _____

chiede il patrocinio SIMeF ETS e l'autorizzazione ad utilizzare il logo e la denominazione SIMeF ETS per la seguente iniziativa:

luogo: _____

durata: _____

nome/ragione sociale dell'organizzatore: _____

eventuali relatori e moderatori SIMeF ETS: _____

se Master specificare in allegato: nominativo SIMeF ETS all'interno del comitato scientifico, i requisiti di ammissione e specificare le verifiche sull'apprendimento che gli studenti devono svolgere.

A tale scopo allega: programma dell'evento elenco relatori**Per ulteriori informazioni sull'iniziativa, è possibile contattare il referente ai recapiti:**

Dr./Prof. _____

Telefono/cell. _____ Fax _____

E-mail: _____

Si precisa che per tale iniziativa: è stato richiesto il patrocinio anche ai seguenti Enti _____ è stato ottenuto il patrocinio SIMeF ETS nelle seguenti edizioni _____ anno _____ è stato richiesto l'accreditamento ECM. è richiesta ai partecipanti una quota di iscrizione pari a € _____ sono presenti sponsor non sono presenti sponsor

(in caso positivo, specificare gli sponsor _____)

 il target dei partecipanti è: locale regionale nazionale internazionale**Si dichiara che:** la concessione del patrocinio non prevede contributo economico da parte di SIMeF ETS; l'evento sarà organizzato e gestito nel rispetto di ogni norma applicabile e non viola alcun diritto di terzi; la responsabilità inerente all'evento, la sua organizzazione e gestione, ogni onere e costo sono ad esclusivo carico del richiedente, che a tal fine manleva e tiene indenne SIMeF ETS, i suoi Consiglieri, Soci e Collaboratori da qualsivoglia richiesta, anche di terzi.**Luogo e Data** _____**Firma e timbro del Richiedente** _____