

PROPOSTA DI SPONSORIZZAZIONE

CARTA INTESTATA DELLA DITTA

Alla Direzione Sanitaria

.....

Con la presente, il/la sottoscritto/a _____, in qualità di

_____ della Associazione/Ditta/Società:

con sede in _____ a valere anche quale domicilio

eletto per la presente procedura; Codice fiscale o partita IVA

operante nel settore di attività _____

tel. _____ e-mail: _____ pec: _____

intende offrire a Codesta Azienda(Ente) la possibilità di far partecipare il Vostro personale al seguente evento formativo individuale

sponsorizzato:”.....”

che si terrà a.....il.....

Indicare numero, qualifica, profilo e requisiti richiesti):

- Medico:.....
- Sanitario:.....
- Tecnico:.....
- Amministrativo:.....

per un totale di n°.....persone.

Le modalità di partecipazione sono quelle indicate nel programma allegato e la scrivente si occuperà con oneri a proprio carico, delle spese inerenti a :

.....
per un importo totale pari a €.....

Si dichiara inoltre ai sensi del DPR n. 445/200 che:

- la presente proposta è conforme al Regolamento aziendale in materia di sponsorizzazioni in ambito formativo di Codesta Azienda, di cui si è presa accurata visione;
- l'evento formativo ha ottenuto i crediti formativi ECM (se previsti).
- di non produrre, distribuire, commercializzare, pubblicizzare prodotti farmaceutici, omeopatici, fitoterapici, dietetici, alimenti per infanzia, dispositivi e strumenti medici

Restiamo in attesa di positivo riscontro da inoltrare al seguente recapito (indicare con precisione la persona cui inviare tutte le comunicazioni, n° di telefono ed indirizzo email/PEC)

Data _____

Firma dello sponsor (rappresentante legale)
