



## MODULO RICHIESTA DI PATROCINIO

Spett.le  
IMI24 NETWORK ETS  
Sua Sede

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
In qualità di \_\_\_\_\_  
della Società \_\_\_\_\_  
con sede in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N.  
\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_ sito web \_\_\_\_\_

### CHIEDE IL PATROCINIO DI IMI24 NETWORK ETS

- per:  Evento  Iniziativa  Altro (Specificare \_\_\_\_\_)
- rilevanza:  Internazionale  Nazionale  Regionale  Locale
- dal Titolo: \_\_\_\_\_
- Responsabile/i Scientifico/i, qualifica: \_\_\_\_\_

#### Documentazione allegata:

- ✓ Programma dettagliato dell'Evento/iniziativa;
- ✓ Razionale ed obiettivi;
- ✓ Relatori e Moderatori con relativa qualifica e affiliazione;
- ✓ Si precisa che l'Evento/iniziativa è  Monosponsor  Plurisponsor  Autofinanziato
- ✓ Si precisa che per l'Evento/iniziativa è stato chiesto il Patrocinio ad altri Enti:  SI  NO  
(elenco) \_\_\_\_\_
- ✓ Si precisa che è stato richiesto l'accreditamento ECM anche per Infermieri:  SI  NO  
(Provider ECM \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_)
- ✓ N° Crediti ECM \_\_\_\_\_

#### Si dichiara l'impegno a:

- l'assenza di messaggi promozionali riguardo prodotti sanitari e commerciali nell'iniziativa/evento
- dare tempestiva comunicazione delle modifiche o variazioni sostanziali al programma dell'iniziativa/evento a IMI24 Network ETS che si riserva di riesaminare la richiesta; in caso contrario, la concessione del Patrocinio deve considerarsi automaticamente ritirata.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_