



FORM RICHIESTA PATROCINIO

Richiedente:			
Nome		Cognome	
Istituto/Ente			
Indirizzo			
Città		Cap e Prov.	
Tel/cell		Email	
<i>Si dichiara di aver preso visione delle norme legate alla concessione del patrocinio</i> <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no			
Data	Firma		

Congresso/Corso			
Titolo			
Data inizio		Data fine	
Sede e città di svolgimento			

Destinatari dell'evento:

Segreteria Organizzativa			
Denominazione			
Indirizzo			
Telefono		Email	
Data	Firma		

Segreteria Associativa SIMSE
segreteria.simse@simse.org

www.simse.org