

SSD Formazione

Richiedente

Nome e Cognome: _____ Matricola: _____

Qualifica: _____

In servizio presso: _____

Ditta Sponsorizzatrice

Nome: _____

Fornitrice dell'Ente: SI NO NON SO

Tipo di materiale commercializzato: Farmaci Materiale di consumo Apparecchiature

Iniziativa oggetto di sponsorizzazione

Titolo Iniziativa: _____

Sede: _____

Data: _____

Sponsorizzazione

Iscrizione SI NO

Viaggio SI NO

Soggiorno SI NO

Altro NO SI Specificare:

Il richiedente

Visto di autorizzazione
Direttore / Responsabile

Bergamo: [Fare clic](#)

NB - SOLO nel caso in cui la Ditta sponsorizzatrice chieda all'Azienda autorizzazione scritta alla partecipazione, anticipare il modulo via FAX al N° 4805 SSD Formazione.

La copia originale del modulo dovrà essere allegata alla documentazione da consegnare ad iniziativa fruita.

SSD Formazione
Tel035/2673711, Fax 035/2674805
E-mail: formazione@asst-pg23.it