



SOLICITUD DE ESPACIOS PALACIO DE CONGRESOS COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ALICANTE

Formulario para Formación Continuada / Eventos colegiales

PERSONA SOLICITANTE

Nombre y apellidos:

DNI/NIF:

Dirección:

Municipio:

C.P.

Teléfono:

E-mail:

EN CASO DE ENTIDAD

Nombre:

CIF:

Dirección:

Municipio:

C.P.

Teléfono:

E-mail:

Responsable:

Puesto de trabajo/cargo en la entidad:

CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO

Título del evento o actividad:

Dirigido a:

Fecha solicitada:

Horario de la actividad:

Nº asistentes:

Confirme con una cruz que NO tiene patrocinador*

*En caso de tener patrocinador debe dirigirse al correo: palaciocoma@viajeseci.es

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD Y TEMÁTICA

NECESIDADES TÉCNICAS

En _____ a ____ de _____ de _____

El solicitante declara que la información facilitada es veraz y completa a los efectos de que la Comisión de Formación pueda valorar la idoneidad de la actividad y, en su caso, autorizar su celebración. Queda advertido de la prohibición de incluir materias cuyo contenido sea contrario a la ética, a la deontología médica o que contribuyan directa o indirectamente a propagar las pseudociencias. El solicitante se responsabiliza de la observancia de dichas condiciones, cuyo incumplimiento podrá dar lugar a la cancelación de la actividad programada, con pérdida del depósito que se hubiera realizado.