



Richiesta di accreditamento al sito

aMedicina



Nome dell'Associazione:

Collabora con Pro Loco Medicina: Sì No

Partecipa ad una Consulta comunale, se sì quale:

Contatti Associazione (telefono - mail):

Referente dell'Associazione per il sito aMedicina
(nome e cognome):

Contatti referente (telefono - mail):

Ogni Associazione è responsabile dei contenuti che vengono inseriti nel sito aMedicina.

Qual'ora si riscontrasse un uso improprio o irrispettoso dello strumento da parte dell'Associazione, la redazione potrà autonomamente decidere di ritirare le credenziali di utilizzo assegnate.

Firma del referente