

RICHIESTA UTILIZZO SALA RIUNIONI

Il sottoscritto _____ Nato il _____

Residente a _____ Via _____

Telefono _____ Cel. _____ e-mail _____

Medico iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Padova al n° _____

Medico iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri iscritto all'Albo di _____

Rappresentante o Delegato per Ordine/Sindacati/Associazioni/Enti _____

con sede in _____ in via _____ n _____

CHIEDE

L'autorizzazione all'utilizzo della sala Riunioni dello Studio Lo Bello per **il** _____ **dalle**
ore _____ **alle ore** _____ **per il seguente evento** _____

DICHIARA CHE L'EVENTO IN PROGRAMMA

è sponsorizzato SI NO

prevede il pagamento di una quota di partecipazione SI NO

prevede l'attribuzione di crediti ECM SI NO

prevede l'utilizzo di audiovisivi SI NO

Il sottoscritto accetta integralmente i termini del regolamento per la concessione dell'uso temporaneo della sala e si assume la responsabilità di restituire la sala nelle medesime condizioni della consegna.

Il sottoscritto prende atto che la capienza massima della sala convegni è di 99 posti

Data _____

Firma _____