ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PISA
e-mail segreteria@omceopi.org
P.E.C. segreteria.pi@pec.omceo.it

RICHIESTA DISPONIBILITÀ SALA CONVEGNI / SALA CONSIGLIO

Il/la sottoscritto/a nato/a a

il cod. Fisc. cell

e-mail PEC

☐ iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pisa

☐ iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di

☐ Rappresentante o delegato per Società/Associazione/Ente:

cod. Fisc./P.IVA

Con sede in indirizzo

Chiede l'uso dei seguenti locali di proprietà dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pisa:

☐ **Sala Convegni (capienza max 50 persone)** ☐ **Sala Consiglio (capienza max 20 persone**

per il giorno dalle ore alle ore

Titolo dell'evento

Sponsor (se presente)

Numero di partecipanti previsti Numero relatori

☐ **Richiede l'utilizzo della strumentazione informatica/audio/video della sala convegni**

Chiede di intestare il bollettino di pagamento per l'uso dei locali a:
(solo in caso di richiesta di utilizzo della strumentazione audio/video)
☐ Richiedente ☐ Società/Associazione/Ente

Dichiara:

- Di aver preso visione e di accettare integralmente le condizioni previste dal regolamento per la concessione dei locali della sede dell'Ordine attualmente in vigore.
- Di assumere la responsabilità per sottrazioni, danni, furti o deterioramento dei locali e delle attrezzature concesse in uso;
- Di obbligarsi a garantire l'ordinato svolgimento delle riunioni;
- Di farsi carico della sistemazione dei locali in maniera idonea all'utilizzo;
- Di provvedere al ripristino dei locali nello stato in cui sono stati affidati;
- Di provvedere, prima di abbandonare i locali, alla verifica della corretta chiusura delle finestre, degli avvolgibili e della porta di ingresso alla sede dell'Ordine.
- Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali.

Data e Luogo

Firma

……