FORMULARZ REZERWACJI SAL   
w Centrum Kongresowo-Dydaktycznym  
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

1. Organizator (nazwa, adres, NIP, strona www)

|  |
| --- |
|  |

1. Termin wynajmu

|  |
| --- |
|  |

Godziny wynajmu

|  |
| --- |
|  |

1. Liczba i rodzaj planowanych do wykorzystania sal

|  |
| --- |
|  |

1. Liczba ( w m²) planowanej do wynajmu powierzchni wystawienniczej

|  |
| --- |
|  |

1. Rodzaj wydarzenia, jego temat, liczba przewidywanych uczestników, krótki opis wydarzenia

|  |
| --- |
| Rodzaj wydarzenia:  Tematyka:  Liczba uczestników:  Krótki opis wydarzenia: |
| Podmiot, dla którego Organizator realizuje wydarzenie: |

1. Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej ze strony Organizatora za przygotowanie wydarzenia,   
   kontakt: email, telefon, strona www

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko:  Email:  Telefon:  Strona www: |

Organizator wydarzenia Wyrażam zgodę na realizację wydarzenia

………..………………………………………………….. ……………………………………………………………………..

(podpis) (Uniwersytet Medyczny)

…………………………………………………………………………..

( data i podpis osoby sporządzającej formularz)