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)