

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

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

2. Termin wynajmu

Godziny wynajmu

3. Liczba i rodzaj planowanych do wykorzystania sal

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

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

Rodzaj wydarzenia:
Tematyka:
Liczba uczestników:
Krótki opis wydarzenia:

Podmiot, dla którego Organizator realizuje wydarzenie:

6. 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)