**Załącznik nr 2** do Regulaminu użytkowania sali konferencyjno-szkoleniowej

SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym

**FORMULARZ REZERWACJI SALI KONFERENCYJNO-SZKOLENIOWEJ**

Dziekanów Leśny, dnia…………..

**Dane Organizatora**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko (nazwa firmy/komórki organizacyjnej) | |  | |
| Adres | |  | |
| NIP | Regon |  |  |
| Telefon kontaktowy | |  | |
| Adres e-mail | |  | |

Proszę o wynajem sali konferencyjno-szkoleniowej w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym z przeznaczeniem na:

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj Wydarzenia |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data rezerwacji | Kliknij lub naciśnij, aby wprowadzić datę. | |
| Godz. od … do … | Klinkij, aby wybrać godzinę | Kliknij, aby wybrać godzinę |
| Przewidywana liczba uczestników |  | |
| Informacje dodatkowe |  | |

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z treścią Regulaminu użytkowania sali szkoleniowo-konferencyjnej w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki zdrowotnej im. Dzieci Warszawyw Dziekanowie Leśnym i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
2. Zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za wynajem zgodnie z wystawionym rachunkiem\*.

\* dotyczy udostępnienia sali podmiotom zewnętrznym

Wniosek należy przesłać na adres e-mail: **organizacja@szpitaldziekanow.pl**

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis Organizatora |  |