

## DOMANDA PER L'UTILIZZO OCCASIONALE DELLA SALA

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
P.I. \_\_\_\_\_ o C.F. \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
(la fattura verrà intestata al richiedente)

### CHIEDE

di poter usufruire della sala riunioni dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Teramo, Via L. Brigiotti, 12 per il/i giorno/i \_\_\_\_\_  
dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per riunione \_\_\_\_\_  
impegnandosi a versare all'Ordine la somma di Euro (vedi regolamento) \_\_\_\_\_

### ASSICURA

- Che il numero dei partecipanti sarà corrispondente al numero dei posti a sedere della sala;
- che riconsegnerà la sala nelle stesse condizioni in cui l'ha trovata;
- che eventuali spese per danni arrecati all'immobile, ai mobili, alle attrezzature audiovisive, etc verranno interamente rimborsate;
- che non verrà svolta attività di vendita o promozionale (ad esclusione degli informatori scientifici)
- che l'argomento della riunione è il seguente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### SI IMPEGNA

- a prelevare le chiavi della sede e, al termine della riunione, a richiudere la sede e a riconsegnare le chiavi in Segreteria il giorno successivo.

### INOLTRE

- **Il richiedente si impegna a far rispettare e rispettare la "normativa anti-fumo" L. 16/01/2003 N. 3 e successive modificazioni e integrazioni, impedendo a chiunque di FUMARE nei locali della sede dell'Ordine.**

DATA della RICHIESTA

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

VISTO DEL PRESIDENTE

\_\_\_\_\_