

DOMANDA PER L'UTILIZZO OCCASIONALE DELLA SALA

___l___ sottoscritt ___ Dott. _____

in nome e per conto di _____

(la sala non viene concessa ai partiti politici)

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 _____

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)

DICHIARA

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
