

**Al Presidente dell' Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri della provincia di Bologna**

OGGETTO: *richiesta sala*

Richiedente:

Indirizzo:

Tel:

Rappresentante legale:

Data riunione:

Orario:

Ordine del giorno / tema:

Attrezzature consegnate:

Responsabile degli effetti giuridici e amministrativi, presenta all'inizio e alla fine della riunione:

Recapito:

Tel:

Si usufruisce di sostegno da parte di Case Farmaceutiche o altre strutture esterne

NO: se SI quale :.....

I sottoscritti, presa visione del Regolamento di concessione della sala, lo accettano in ogni sua parte, fornendo ogni assicurazione circa il decoro e la correttezza dello svolgimento della riunione, l'osservanza delle norme di sicurezza e degli orari indicati, il rispetto delle attrezzature, dei locali e di quanto in essi contenuto e l'eventuale addebito dei danni subiti dalle attrezzature.

N.B.: E' fatto obbligo di riconsegnare le chiavi entro il giorno successivo la data della riunione alle ore 08.30.

Data:

Legale rappresentante:

Il responsabile della riunione:

AUTORIZZAZIONE

**IL PRESIDENTE
(Dott. Giancarlo Pizza)**

Data:

Note: