

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI  
ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI NUORO  
VIA GRAMSCI,59 NUORO

Oggetto: Richiesta utilizzo aula conferenze.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_ a nome e per conto del \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Chiede alla SV di poter utilizzare dell'aula conferenze di proprietà dell'Ordine dei Medici per il

giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per lo svolgimento di un

\_\_\_\_\_

il sottoscritto:

dichiara di aver preso visione di quanto previsto dal regolamento per l'uso dell'aula conferenze e restituisce debitamente firmata l'acclusa dichiarazione di accettazione.

Si impegna di versare, almeno 5 giorni prima dello svolgimento della manifestazione, la somma di €300,00 a titolo di rimborso spese mediante versamento sul CCP 10973089 intestato all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Nuoro, mentre provvederà direttamente al pagamento agli interessati di eventuali prestazioni richieste al tecnico di fiducia abilitato al funzionamento delle attrezzature informatiche o al personale dell'ufficio posto a disposizione per lo svolgimento della manifestazione in base alle tariffe stabilite dal Consiglio Direttivo dell'Ordine.

Allega: un assegno trasferibile di € \_\_\_\_\_ quale deposito cauzionale per eventuali danni .

Nuoro, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_