



Al Direttore S.C. URP - Relazioni Esterne
comunicazione@asl2.liguria.it

Il/la sottoscritto/a _____

tel _____ email _____

in qualità di: Responsabile organizzativo Responsabile scientifico
dell'evento _____

n. destinatari _____

partecipazione: gratuita a pagamento (indicare quota) € _____

Evento: Senza Sponsor Monosponsor Multisponsor

Nomi sponsor: _____

CHIEDE L'UTILIZZO DELLA SALA CONGRESSI DELL'OSPEDALE DI:

Savona

Pietra Ligure

Albenga

CON Assistenza informatica

SENZA assistenza informatica

Il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

E' previsto servizio catering : SI NO

ALLEGARE PROGRAMMA

Si dichiara di aver preso visione del "Regolamento per l'utilizzo delle sale convegni dell'ASL 2 savonese" e di accettare e approvare lo stesso senza alcuna riserva, anche ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile

Data _____

Firma _____

DATI PER FATTURAZIONE (dati utilizzati da ASL 2 Savona in caso di autorizzazione a titolo oneroso)

Denominazione /Ragione Sociale _____

Sede legale: Via/ P.zza _____ n _____

Città _____ CAP _____ Partita Iva/C.F. _____

Indirizzo mail _____

**AUTORIZZAZIONE**

- Non si autorizza
 Si autorizza a titolo gratuito
 Si autorizza a titolo oneroso (*come di seguito precisato*)

Solo utilizzo sala (<i>IVA inclusa</i>)	€
Utilizzo sala con assistenza informatica (<i>IVA inclusa</i>)	€
Sponsor (<i>IVA inclusa</i>)	€
Totale	€

data _____

*Il direttore S.C.URP - Relazioni Esterne***CONFERMA PRENOTAZIONE**

Per conferma prenotazione e accettazione preventivo

data _____

firma _____

A conferma della prenotazione il presente modulo dovrà essere restituito firmato per accettazione a: comunicazione@asl2.liguria