

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE IN USO TEMPORANEO
DELL'AULA RIUNIONI**

**Da compilare in tutte le sue parti e inviare 20 (venti) giorni prima della data prevista per
l'utilizzo dell'Aula Riunioni**

All'Azienda ULSS 6 Euganea
Via Enrico degli Scrovegni, 14
35131 PADOVA

Indirizzo PEC:
protocollo.aulss6@pecveneto.it

Il sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Cod. Fisc. _____ P.I. _____

Residente a _____ CAP _____ in via _____

Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____

Per conto di _____
(indicare denominazione e figura giuridica del soggetto richiedente: Associazione, Fondazione, Società, Ente Pubblico)

con sede a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____

Cod.Fisc. _____ P.I. _____

In qualità di: _____
(Presidente, Responsabile, Sindaco...)

Presenza di Sponsor:

NO

SI specificare NOME DITTA..... IMPORTO.....

CHIEDE

l'utilizzo dell'AULA RIUNIONIdel I° piano del BLOCCO A3 all'interno del nuovo polo ospedaliero – Ospedali Riuniti Padova Sud “Madre Teresa di Calcutta” sito in Monselice Località Schiavonia (Pd) – Via Albere n. 30, per lo svolgimento delle seguenti attività: _____

per il/i giorno/i _____

dalle ore _____ alle ore _____ n. partecipanti _____

ad uso gratuito (Iniziativa organizzata in modo esclusivo da personale interno)

ad uso gratuito (Associazioni/Organizzazioni di Volontariato, Enti Morali)

Costo per iniziative organizzate in modo esclusivo da personale interno con la presenza dello Sponsor:

Aula "A" Posti n.80 Euro 550,00 + IVA

Aula "B" Posti n.78 Euro 550,00 + IVA

Aula "C" Posti n.14 con dotazione PC Euro 400,00 + IVA

Aula "D" Posti n.15 Euro 200,00 + IVA

Aula "E" Posti n.25 Euro 250,00 + IVA

Aula "F" Posti n.40 Euro 400,00 + IVA

Costo per iniziative organizzate da Agenzie di formazione – Provider ECM – Privati:

Aula "A" Posti n.80 Euro 550,00 + IVA

Aula "B" Posti n.78 Euro 550,00 + IVA

Aula "C" Posti n.14 con dotazione PC Euro 400,00 + IVA

Aula "D" Posti n.15 Euro 200,00 + IVA

Aula "E" Posti n.25 Euro 250,00 + IVA

Aula "F" Posti n.40 Euro 400,00 + IVA

Modalità di pagamento:

Bonifico Bancario con causale "AULA RIUNIONI" intestato a:
Azienda ULSS 6 Euganea - Cassa di Risparmio del Veneto
Codice IBAN: IT 42 Y 06225 12186 10000301502

Estremi relativi alla fatturazione:

Azienda o Privato soggetti ad IVA

Ente non soggetto ad IVA (indicare tipologia di esenzione)

Denominazione _____ Tel. _____

P.I. _____ C.F. _____

Indirizzo _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

Rinunce: le eventuali rinunce devono pervenire per iscritto al seguente indirizzo PEC:
protocollo.aulss6@pecveneto.it. almeno **3 (tre) giorni prima** dell'utilizzo dell'Aula Riunioni, in caso contrario verrà restituita solo la metà dell'importo versato.

Il Responsabile dell'utilizzo dell'Aula Riunioni:

Cognome _____ Nome _____ Cell. _____

Cod. Fisc. _____

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del Regolamento d'uso per l'utilizzo della Sala Convegni/Auditorium Ospedali Riuniti Padova Sud "Madre Teresa di Calcutta" sito a Monselice Loc. Schiavonia Via Albere n. 30, e di accettare tutte prescrizioni in esso contenute comprese le rinunce.

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n°196 del 30/06/2003 che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informativi, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma leggibile _____