

**DOMANDA PER LA CONCESSIONE IN USO TEMPORANEO DELLA
SALA CONVEGNI/AUDITORIUM**

**Da compilare in tutte le sue parti e inviare 20 (venti) giorni prima della data prevista per
l'utilizzo della Sala Convegni/Auditorium**

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 della Sala Convegni/Auditorium all'interno del Nuovo Polo Ospedaliero – Ospedali Riuniti Padova Sud “Madre Teresa di Calcutta” sito in Monselice Loc. Schiavonia (Pd) – Via Albere n. 30, per lo svolgimento delle seguenti attività: _____

per il/i giorno/i _____

dalle ore _____ alle ore _____ numeri partecipanti _____

- ad uso gratuito (Iniziative organizzate in modo esclusivo da personale interno)
- contributo €. 60,00 no IVA (Associazioni/Organizzazioni di Volontariato, Enti Morali)
- costo €. 960,00 + IVA (formazione/aggiornamento organizzato da in modo esclusivo da personale interno con la presenza dello Sponsor)
- costo €. 960,00 + IVA (Agenzie di formazione – Provider ECM –Privati)

Modalità di pagamento:

Bonifico Bancario con causale “**AUDITORIUM**” intestato a:
Azienda ULSS 6 EUGANEA - Cassa di Risparmio del Veneto
Codice IBAN: IT 42 Y 06225 12186 100000301502

Estremi relativi alla fatturazione:

- Azienda o Privato soggetti ad IVA
- Ente non soggetto ad IVA (indicare tipologia di esenzione)

Denominazione _____

P.I. _____ C.F. _____

Indirizzo _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ fax _____ e-mail _____

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

Il Responsabile dell'utilizzo della Sala:Convegni/Auditorium:

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 _____