

Allegato 2

RICHIESTA SALE PER EVENTI ESTERNI DI FORMAZIONE E CONVEGNISTICA

CA Segreteria di Direzione
segreteria.direzione@aslvc.piemonte.it

REFERENTE DELL'INIZIATIVA (Nome e Cognome)	Azienda	Recapito telefonico ed indirizzo e-mail			
DENOMINAZIONE EVENTO E SUA DESCRIZIONE (allegare anche il programma alla richiesta):					
DATA:	ORA INIZIO:	ORA FINE:			
SEDE					
	SALE CONFERENZE	INDIRIZZO	Mezza giornata (oltre IVA 22%)	Giornata intera (oltre IVA 22%)	Festivo/serale (oltre IVA 22%)
<input type="checkbox"/>	Aula Magna 2° piano Polo Ospedaliero Vercelli	Corso Mario Abbiate, 21, 13100 Vercelli VC	€ 150	€ 300	€ 350
<input type="checkbox"/>	Aule Formazione piano rialzato Palazzina uffici amministrativi Vercelli	Corso Mario Abbiate, 21, 13100 Vercelli VC		€ 150 tariffa unica	
<input type="checkbox"/>	Sala Conferenze Polo Ospedaliero Borgosesia	C.ne Agogna, 13011 Borgosesia VC	€ 100	€ 200	€ 250
NECESSITA' TECNICHE:					
<input type="checkbox"/> Allestimento tecnico <input type="checkbox"/> Pulizia/predisposizione sala <input type="checkbox"/> Necessità di informare Infopoint, URP, RSPP					
DESTINATARI E OBIETTIVI DELL'INIZIATIVA:					
<input type="checkbox"/> utenti <input type="checkbox"/> cittadini <input type="checkbox"/> operatori sanitari <input type="checkbox"/> altro – specificare:					
Obiettivi dell'iniziativa:					
PAGAMENTO: indicare gli estremi per l'emissione della fattura					
Bonifico bancario intestato a Biverbanca – Gruppo Banca di Asti IBAN: IT07K0608510316000050505105 – Causale: “Concessione in uso sala Convegni”					
Data di compilazione					
<input type="checkbox"/> Dichiaro di aver visionato le procedure di emergenza riportate nel Regolamento					
Data		Visto autorizzativo del Direttore Generale/Commissario			