

Al Sig. Presidente
dell'Ordine Provinciale dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
Via Bergamo, is.47/A
98124 MESSINA

OGGETTO: Richiesta utilizzo Auditorium "Gaetano Martino"

...l... sottoscritt... Dott. (cognome e nome)

nat... a (Prov.) il

(indicare il Codice Fiscale e la Partita I.V.A.
nel caso in cui la richiesta sia inoltrata per conto di Enti, Aziende od organizzazioni)

CHIEDE

nella qualità

.....

di poter usufruire dell'Auditorium "Gaetano Martino" di codesto Ordine nella giornata del

...../...../..... dalle ore alle ore

per il seguente motivo:

.....

.....

tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere iscritto all'Albo de... (indicare medici chirurghi od odontoiatri) di codesto Ordine al n. di posizione;
2. di obbligarsi a non introdurre nella sala un numero di persone superiore ad 88 (ottantotto);
3. di assumersi l'obbligo di provvedere al risarcimento nei confronti di codesto Ordine, di eventuali danni arrecati alle attrezzature, ai locali od agli arredi;
4. di assumersi la responsabilità, con conseguente effetto liberatorio per codesto Ordine, di eventuali incidenti, verificabili all'interno dell'Auditorium, che dovessero causare danni fisici a persone;

Le eventuali comunicazioni possono essere inviate al seguente indirizzo:

.....
Tel. / Fax / e-mail:

Precisa inoltre che:

- la riunione **NON RICHIEDERÀ** l'assistenza di un operatore tecnico per l'utilizzo di materiali audiovisivi;
- la riunione **RICHIEDERÀ** l'assistenza di un operatore tecnico per l'utilizzo di materiali audiovisivi;

Io sottoscritto, preso atto che l'approvazione della superiore richiesta è rimessa alla decisione dell'Ordine; che le spese vive di gestione sostenute dall'Ordine per la realizzazione dell'iniziativa in parola saranno a suo carico provvedendo mediante versamento presso la Banca Nazionale del Lavoro, Filiale di Messina, Via S. Cecilia, 41, sul c/c n.26297 intestato a: "Ordine dei Medici della Provincia di Messina" - Codice A.B.I. 1005 - C.A.B. 16500 - ovvero direttamente presso gli uffici dell'Ordine; dopo avere preso conoscenza delle condizioni fissate per la concessione dell'Auditorium nel relativo regolamento ed averle integralmente accettate senza riserva alcuna; conferma, assumendosene la piena responsabilità, la veridicità di quanto sopra riportato.
Riceverò ricevuta di pagamento da parte dell'Ordine stesso.

Data

.....
(Firma)

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MESSINA

Via Bergamo is. 47/a tel.090/6508211 - Fax 090/694555 e-mail: info@omceo.me.it

Spazio riservato all'autorizzazione del Presidente o suo delegato

- SI AUTORIZZA** l'utilizzo dell'Auditorium **NON SI AUTORIZZA** l'utilizzo dell'Auditorium

Le spese per l'assistenza tecnica sono:

- A carico del richiedente A carico dell'Ordine

Nome del dipendente che presenzierà alla riunione

.....

IL PRESIDENTE
(Dott. Giacomo Caudo)

