SOLICITUD DE LOCALES COLEGIALES

Solicitante: ……..

Teléfono e email de contacto: ……

en su condición de:

- ☐ colegiado/a n.º ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
- ☐ delegado/a del laboratorio ……
- ☐ otros……..

Solicita para el día ……./ ……/ …….. con horario de …….h a ……h

la reserva de:

Reservar	Sala	Capacidad	Precio 1/2 día	Precio día
☐	sala de reuniones	10 p.	150€	200€
☐	sala de formación dcha.	25 p.	150€	300€
☐	sala de formación izda.	20 p.	150€	300€
☐	sala de formación completa	45 p.	200€	400€
☐	salón de actos	110 p.	300€	600€

** Tarifas fijadas sobre el horario de oficina del ICOMA. Toda actividad y servicio extra será facturada a parte*

Título del evento……...

Organizado por…….....

Patrocinadores: …….....

Horario de Inicio y fin del evento:

- entrada y salida de los organizadores……
- entrada y salida de los ponentes……
- entrada y salida de los asistentes……

¿Entrada previa Inscripción? …… Aforo estimado: …….

Ponentes:

1) ……..
2) ……..
3) ……..

Medios audiovisuales y servicios necesarios

- ☐☐ Ordenador portátil.
- ☐☐ Micrófono.
- ☐☐ Puntero láser.
- ☐☐ Wifi
- ☐☐ Grabación del acto
- ☐☐ Emisión en streaming. Definir canal a utilizar……
- ☐☐ Otros. ……

☐☐ Necesario personal técnico en sala. Horario: ……

Disposición en sala y entrada (mesa auxiliar, atril, disposición escenario,…)

Uso de espacios comunes del Colegio:

- ☐☐ Entrada del Colegio (para control de aforo). Horario……..
- ☐☐ Hall del Colegio. Horario……
- ☐☐ zona cafetería (para descanso). Horario……..
- ☐☐ sala para organizadores o material Horario……..

Pruebas audiovisuales. Día y hora……

Los organizadores se comprometen a realizar las pruebas audiovisuales necesarias con la suficiente antelación para garantizar el correcto desarrollo del evento.

Lunch solicitado: si ☐ no ☐

Empresa ……..

Abono: ……

Horario entrada y salida:……

El abajo firmante se compromete a hacer un uso correcto del material e instalaciones puestas a su disposición, adquiriendo el compromiso de hacerse cargo de los posibles desperfectos que puedan ocasionarse.

Los datos personales facilitados, serán tratados por el ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ARABA/ÁLAVA para mantener el contacto y la comunicación y gestionar la reserva y cesión de sus instalaciones. Dicho tratamiento se basa en el interés legítimo del Colegio. No se comunicarán datos a terceros. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se detalla en la información adicional puesta a su disposición en la política de privacidad de la página web www.icoma.eus

Vitoria-Gasteiz, ……. de …… de ……

Firma: