

Organizator

Wrocław,

Nazwa:
.....
Adres:
.....
tel. kontaktowy:
e-mail:

Dolnośląska Izba Lekarska
ul. Kazimierza Wielkiego 45
50-077 Wrocław

**Wniosek o wynajęcie sali
w ramach przedsięwzięcia współorganizowanego
z Dolnośląską Izbą Lekarską**

Pełna nazwa sali i adres:
.....

Cel:
.....

w terminie od do w godzinach od do

Liczba osób:

Dodatkowe uzgodnienia:

Wyposażenie*: nagłośnienie, rzutnik multimedialny, laptop

Catering* (po dodatkowych uzgodnieniach): TAK / NIE

Obsługa sprzętu multimedialnego*: TAK / NIE

Stoiska sponsorskie (proszę wymienić):

Załączniki:

1) program konferencji / sympozjum / szkolenia

2)

3)

.....
podpis wnioskodawcy

* niewłaściwe skreślić