

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):

Obsługa sprzętu multimedialnego:

Stoiska sponsorskie (proszę wymienić):

Załączniki**:

1)

2)

3)

.....

podpis wnioskodawcy

* niewłaściwe skreślić

** np. program konferencji, sympozjum, szkolenia