



Alla Direzione Medica Ospedaliera  
Ulss 20 Verona  
fax al n. 045 – 6138368

Oggetto: richiesta per la concessione della sala/aula (descrizione, tariffe, luogo, n. posti come da tabella sottoriportata)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

responsabile U.O.C./Ditta \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

chiede l'utilizzo della \_\_\_\_\_ presso l'Ospedale \_\_\_\_\_

nel giorno/i \_\_\_\_\_ n° partecipanti \_\_\_\_\_

necessità di personale tecnico audio – video (esclusivamente per Sala Conferenze e Sala Polifunzionale) si  no

utilizzo mensa n. persone \_\_\_\_\_

apertura del locale dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

titolo/ breve descrizione dell'iniziativa \_\_\_\_\_

Sponsorizzata: si  no

Per San Bonifacio su richiesta

personal computer  videoproiettore arredi per segreteria totem per locandine

spazio lunch

**NB:** locandine, indicazioni, cartellonistica varia dovranno essere consegnate alla Direzione Medica Ospedaliera che provvederà a posizionarle nei punti dedicati.

SPAZIO	LUOGO	COSTO GIORNATA INTERA (8-20)	COSTO MEZZA GIORNATA (8-14 / 14-20)	N. POSTI
Sala Conferenze	Ospedale San Bonifacio	€ 700 + iva	€ 400 + iva	340
Aula n. 1	Ospedale San Bonifacio	€ 140 + iva	€ 70 + iva	45
Aula n. 2	Ospedale San Bonifacio	€ 140 + iva	€ 70 + iva	25
Aula n. 3	Ospedale San Bonifacio	Esclusivo uso interno		15
Aula n. 4	Ospedale San Bonifacio	€ 140 + iva	€ 70 + iva	50
Sala Ristorazione	Ospedale San Bonifacio	€ 50 + iva al giorno		
Aula Magna	Ex ospedale San Bonifacio	€ 140 + iva	€ 70 + iva	80
Sala Polifunzionale	Ospedale Integrativo di Rete di Marzana	€ 400 + iva	€ 200 + iva	182
Sala Concorsi	Ospedale Integrativo di Rete di Marzana	€ 100 + iva	€ 50 + iva	70

Il sottoscritto per conto della Ditta/Ente/Ufficio/Servizio dichiara sotto la propria responsabilità di conoscere ed accettare tutte le norme e condizioni del "Regolamento per l'utilizzo delle sale conferenze e delle altre aule dell'Ospedale "G. Fracastoro" di San Bonifacio e dell'Ospedale Integrativo di Rete di Marzana

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Visto si autorizza  
Direzione Medica Ospedaliera