

Kraków, dnia

imię i nazwisko

Jednostka organizacyjna

nazwa firmy

Adres:

NIP:

Telefon:

e-mail:

Dyrektor
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy
W Krakowie
ul. Wielicka 265
30-663 Kraków

Wniosek o wynajęcie pomieszczenia/ powierzchni* (odpłatnie/ nieodpłatnie*)

oraz świadczeń dodatkowych

Zwracam się z prośbą o zgodę na wynajęcie pomieszczenia/ powierzchni* w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie w terminie w związku z**

(*wybrać właściwe; **należy podać: nazwę wydarzenia, rodzaj imprezy).

Opis wydarzenia lub rodzaju imprezy wraz z podaniem tematyki:

Informacje dotyczące wnioskowanego wynajmu:

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Termin przewidywanego wynajmu (daty, godziny) | |
| Rzeczywisty czas trwania wynajmu | |
| Rodzaj sali/ powierzchni (np. aula, sala dydaktyczna, powierzchnia w holu, korytarzu); przewidywana liczba uczestników | |
| Osoba odpowiedzialną za przebieg wynajmu (imię i nazwisko oraz telefon kontaktowy) | |
| Nieodpłatnie * | Odpłatne* |

* Odpowiednie pole zaznaczyć znakiem X

Świadczenia dodatkowe

| | |
|--------------------|--|
| Plakaty (format) | |
| Banery (wymiar) | |
| Sprzątanie | |

Potwierdzenie dostępności
pomieszczenia/ powierzchni:

Decyzja
Dyrektora Szpitala

podpis wnioskodawcy

----- Wypełnia Dział Administracji -----

Wycena:
