Formularz Rezerwacji Sali  
 w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Jana pawła II,   
ul. Prądnicka 80, Kraków

Wydarzenia z Udziałem

podmiotów zewnętrznych Rezerwujących Sale

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATA |  | | | | | |
| GODZINA | OD | | | DO | | |
| TYTUŁ WYDARZENIA |  | | | | | |
| PEŁNE DANE ORGANIZATORA |  | | | | | |
| UCZESTNICY | Pracownicy szpitala\* | | | Osoby z zewnątrz\* | | |
| LICZBA OSÓB |  | | | LICZBA SAL | |  |
| WYDARZENIE DLA UCZESTNIKÓW JEST: | Płatne\* | | | Bezpłatne\* | | | |
| PRZERWA KAWOWA | TAK\* | | | NIE\* | | | |
| PRZERWA OBIADOWA | TAK\* | | | NIE\* | | | |
| CATERING WE WŁASNYM ZAKRESIE | TAK\* | | | NIE\* | | | |
| MULTIMEDIA WRAZ Z OBSŁUGĄ | | KOMPUTER | TAK\* | | NIE\* | | |
| RZUTNIK | TAK\* | | NIE\* | | |
| MIKROFONY | TAK\* | | NIE\* | | |
| Internet ogólnodostępny bezprzewodowy - ograniczona przepustowości łącza, dostęp do podstawowych usług (np. WWW, Poczta) | | TAK\* | | NIE\* | | | |
| Utworzenie spotkania wideokonferencyjnego | | TAK\* | | NIE\* | | | |
| Internet przewodowy | | TAK\*  W jakim celu? | | NIE\* | | | |
| Czy organizator przewiduje obecność władz rządowych, samorządowych? | | TAK\* | | NIE\* | | | |
| Czy organizator będzie organizował konferencję prasową? | | TAK\* | | NIE\* | | | |
| Czy organizator przewiduje transmisję wydarzenia do sieci? | | TAK\* | | NIE\* | | | |
| Czy organizator będzie rozsyłał informacje do mediów? | | TAK\* | | NIE\* | | | |
| Czy organizator chce, by uczestników Wydarzenia powitał przedstawiciel Szpitala ? | | TAK\* | | NIE\* | | | |
| Czy organizator będzie chciał eksponować logotypy podmiotów sponsorujących Wydarzenie | | TAK\*  ILE? ……………………………  proszę podać nazwy podmiotów: | | NIE\* | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SZATNIA | TAK\* | NIE\* |
| Rezerwujący przyjmuje do wiadomości, że w przypadku zaznaczenia TAK (czyli chęci korzystania  z szatni) zapewni we własnym zakresie jej obsługę (wydawanie numerków i pilnowanie odzieży) lub poniesie koszty zgodnie z cennikiem | | |

|  |
| --- |
| OSOBA KONTAKTOWA |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |
| NR TELEFONU |  |
| ADRES MAILOWY |  |
| UWAGI |  |

1. Prosimy o dołączenie programu wydarzenia.

2. W przypadku rozsyłania informacji do mediów oraz umieszczania komunikatów o wydarzeniu na stronie internetowej organizatora lub w innych miejscach publicznych organizator zobowiązuje się do uzyskania akceptacji informacji przez **Dział Edukacji** w zakresie dotyczącym informacji związanych z obecnością Szpitala w komunikacji wydarzenia.

Wypełniony Formularz oraz dokumenty z pkt.1 i 2 prosimy przesłać drogą mailową na adres [edukacja@szpitaljp2.krakow.pl](mailto:edukacja@szpitaljp2.krakow.pl) lub dostarczyć do Działu Edukacji Pawilon A IV / I piętro. Ewentualne istotne sprawy organizacyjne, które nie znalazły się w Formularzu prosimy opisać w mailu.

Potwierdzenie rezerwacji prześlemy na adres podany w Formularzu.

Rezerwujący przyjmuje do wiadomości, że wynajęcie sali nie oznacza współorganizacji wydarzenia przez Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II i nie może być wykorzystywane logo Szpitala. Ponadto przyjmuje do wiadomości, że w przypadku umieszczania logotypów innych niż logotyp organizatora będzie zobowiązany wykupić przestrzeń do prezentacji logotypów innych podmiotów (np. sponsorów imprezy).

Za brak przestrzegania „Regulaminu sal konferencyjnych” Rezerwujący może zostać obciążony karą finansową ustaloną w obowiązującym cenniku.

……………………………………………………..

Podpis osoby upoważnionej do rezerwacji Sali

\* Zaznaczyć właściwe

…