
	<b>WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII</b>		Formularz F-1/IN-1/P-1/ZZ 5
	Wniosek o organizację imprezy/wynajem sali		
	Właściciel dokumentu: Kierownik Działu Organizacji	Aktualna edycja obowiązuje od: 01.02.2024 Data wprowadzenia: 02.01.2019	

<b>TYTUŁ/TEMAT</b>							
<b>RODZAJ IMPREZY</b>							
Konferencja <input type="checkbox"/> Seminarium <input type="checkbox"/> Sympozjum <input type="checkbox"/> Warsztaty <input type="checkbox"/> Szkolenie <input type="checkbox"/> Wykład <input type="checkbox"/> Inne... <input type="checkbox"/>							
<b>TERMIN</b>		OD:		DO:		LICZBA DNI:	
<b>GODZINY</b>		1 DZIEŃ		2 DZIEŃ		3 DZIEŃ	
		OD:	DO:	OD:	DO:	OD:	DO:
<b>ORGANIZATOR</b>							
<b>DANE OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ ZA ORGANIZACJĘ IMPREZY:</b>							
Imię i nazwisko:		Tel.:			E-mail:		
<b>UCZESTNICY</b>		Pracownicy szpitala <input type="checkbox"/>			Osoby z zewnątrz <input type="checkbox"/>		
<b>LICZBA OSÓB</b>							
<b>*OSOBA MERYTORYCZNIE ODPOWIEDZIALNA ZE STRONY WIELKOPOLSKIEGO CENTRUM PULMONOLOGII I TOARKOCHIRURGII</b>							
Imię i nazwisko:							
<i>*w przypadku współorganizacji imprezy z Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii</i>							
<b>FAKTURA:</b>		TAK <input type="checkbox"/>			NIE <input type="checkbox"/>		
<b>DANE DO FAKTURY- wypełnić jeśli dotyczy</b>							
NAZWA FIRMY:		ADRES:			NIP:		
<b>FORMA DOSTARCZENIA FAKTURY:</b>							
Odbiór osobisty (data odbioru):		Wysyłka na adres e-mail:			Wysyłka pocztą:		
<b>CATERING:</b>		TAK <input type="checkbox"/>			NIE <input type="checkbox"/>		
<b>Dane firmy świadczącej usługę (nazwa, adres, telefon) - wypełnić jeśli dotyczy</b>							
<b>PARKING NA TERENIE SZPITALA*</b> <i>*poniżej zaznaczyć właściwe jeśli dotyczy</i>		TAK <input type="checkbox"/>			NIE <input type="checkbox"/>		
Indywidualna opłata przez każdego uczestnika wg czasu na bileciku							
Opłata zbiorowa doliczana do kwoty końcowej na FV (kwota ustalana wcześniej za każdy pojazd/dzień)							

	<b>WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII</b>	
	Wniosek o organizację imprezy/wynajem sali	
	Właściciel dokumentu: Kierownik Działu Organizacji	Aktualna edycja obowiązuje od: 01.02.2024 Data wprowadzenia: 02.01.2019
		Formularz F-1/IN-1/P-1/ZZ 5 Strona 2 z 3 Edycja 2

<b>DODATKOWE WYPOSAŻENIE SALI</b>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
STÓŁ		
PRZEDŁUŻACZ		
WIESZAK NA ODZIEŻ WIERZCHNIĄ		
INNE		
<b>MULTIMEDIA WRAZ Z PODŁĄCZENIEM</b>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
KOMPUTER		
RZUTNIK		
MIKROFON		
MIKROFON PRZENOŚNY		
APLIKACJA DO GŁOSOWANIA (Dodatkowo płatna)		
PREZENTACJA MULTIMEDIALNA*		
OBSŁUGA WYDARZENIA PRZED GODZINĄ 7:00 I PO GODZINIE 14:30 ORAZ W WEEKENDY		
INNE		

\*organizator imprezy zobowiązuje się do przesłania prezentacji multimedialnej najpóźniej na dobę przed rozpoczęciem imprezy na adres [it@wcpit.org](mailto:it@wcpit.org), podczas trwania imprezy obowiązuje całkowity zakaz podłączania urządzeń przenośnych (również pendrive)


#### **DODATKOWE INFORMACJE:**

1. Czas udostępnienia sali naliczany jest od momentu pobrania kluczy lub od czasu rozpoczęcia przygotowań do imprezy (przygotowanie sali, roztawienie sprzętu, cateringu, itp.) do momentu zdanienia kluczy.
2. W przypadku przedłużenia się spotkania dodatkowe godziny oraz obsługa sali naliczane są zgodnie z cennikiem.
3. Wypełniony formularz należy przesłać drogą mailową [poznan@wcpit.org](mailto:poznan@wcpit.org) lub dostarczyć do Działu Organizacji ul. Szamarzewskiego 62, wejście E1.
4. Ewentualne istotne sprawy organizacyjne, które nie znalazły się w formularzu należy opisać w mailu.
5. Do formularza należy dołączyć program wydarzenia.
6. Potwierdzenie rezerwacji zostanie przesłane na adres e-mail podany w formularzu.
7. Do ceny wynajmu Sali zostanie doliczona usługa sprzątnięcia za każdy dzień wynajmu.
8. W przypadku korzystania z usług cateringowych konieczne jest wcześniejsze ustalenie z Działem Organizacji godziny przyjazdu cateringu, godziny zabrania naczyń, itp.
9. Obsługa wydarzenia przed godziną 7:00 i po godzinie 14:30 oraz w weekendy jest dodatkowo płatna.
10. Dodatkowe informacje o wynajmie sal można uzyskać pod numerem tel.: 61 66 54 226.

WYRAŻAM/NIE WYRAŻAM ZGODY

Dyrektor WCPiT

.....  
(DATA I PODPIS)

	<b>WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII</b>		Formularz F-1/IN-1/P-1/ZZ 5
	Wniosek o organizację imprezy/wynajem sali		
	Właściciel dokumentu: Kierownik Działu Organizacji	Aktualna edycja obowiązuje od: 01.02.2024 Data wprowadzenia: 02.01.2019	

Dział Organizacji	
Miejsce Organizacji imprezy (Aula, Numer Sali):	(Data i Podpis Managera ds. Organizacji)

Dział IT	
Zakres obsługi medialnej:	(Data i Podpis Managera ds. IT)

BHP i PPOŻ	
Wymagany zakres zabezpieczeń BHP i PPOŻ:	(Data i Podpis Starszego Inspektora ds. BHP i PPOŻ)

Dział Techniczno - Eksploatacyjny	
Zakres obsługi:	(Data i Podpis Z-cy Dyrektora ds. Techniczno - Eksploatacyjnego)

Dział Ekonomiczno-Finansowy	
Wystawienie Faktury:	(Data i Podpis Głównej Księgowej)

Dział Utrzymania czystości	
Zakres obsługi:	(Data i Podpis Kierownika Działu Utrzymania Czystości)

Zatwierdzam

Dyrektor WCPiT

.....  
(DATA I PODPIS)