



DATOS DE CONTACTO

NOMBRE Y APELLIDO: _____
TELÉFONO: _____
E MAIL: _____

DATOS DE EVENTO

TIPO DE ACTIVIDAD: _____
DÍA: _____
HORARIO: _____ DE: _____ HASTA: _____
DURACIÓN: _____
FRECUENCIA: _____

La presente pregunta tiene carácter de declaración jurada:

¿La actividad estará sponsoreada parcial o totalmente por algún Laboratorio, Ortopedia o alguna firma relacionada al rubro médico/farmacéutico?

(Marcar con una "X" según corresponda) SI NO.....

En caso afirmativo, detallar Nombre/Razón Social de la misma.....

IMPORTANTE: Para todos nuestros Socios, la cesión de nuestros espacios, siempre y cuando sea con fines formativos y/o científicos, la haremos sin cargo. Sin embargo, en los casos en donde la actividad sea parcial o totalmente sponsoreada por Laboratorio/Ortopedia/Firma relacionada a rubro médico o farmacéutico, para la reserva de día y horario, le cobraremos al Socio o Sociedad Científica solicitante, el equivalente a 3 horas de servicio de limpieza con Empresa contratada, valor el cual se le informará al momento de realizada la solicitud.

REQUERIMIENTOS TÉCNICOS

Marcar los elementos necesarios para el desarrollo de la actividad. Precisar cantidad.

<input type="checkbox"/>	MICRÓFONO DE PIE	<input type="checkbox"/>	ATRIL DE DISERTACIÓN
<input type="checkbox"/>	MICRÓFONO INALÁMBRICO	<input type="checkbox"/>	PIZARRA BLANCA + ATRIL DE APOYO + MARCADORES
<input type="checkbox"/>	MICROFONO DE INSTRUMENTO	<input type="checkbox"/>	PANTALLA
<input type="checkbox"/>	MESA DE INSCRIPCIÓN EN HALL	<input type="checkbox"/>	DVD
<input type="checkbox"/>	MESA PARA COFFE BREAK - CATERING	<input type="checkbox"/>	ASISTENTE DE SALA -CONSULTAR COSTO-
<input type="checkbox"/>	MESA DE DISERTACIÓN CENTRAL	<input type="checkbox"/>	SONIDISTA -CONSULTAR CONTACTO-
<input type="checkbox"/>	MESA DE DISERTACIÓN LATERAL		

IMPORTANTE

1. Centro Médico Mar del Plata no cuenta con cañón/ proyector para uso público. 2. centro médico mar del plata no cuenta con sonidista ni asistente de sala. en caso de requerir estos servicios el solicitante deberá indicarlo al llenar esta solicitud. Los mencionados servicios tienen costo. 3. Centro Médico Mar del Plata designará un responsable para apertura y cierre de sala, no cumpliendo esta persona otras funciones. 4. Todo material a reproducir y/o proyectar deberá ser probado dentro de las 48 hs previas a la actividad, luego de las 16 hs en horario a convenir de manera anticipada. 5. El firmante se responsabilizará ante la desaparición de elementos técnicos de cabina de sonido o sala durante el transcurso de la actividad. 6. El firmante se compromete y obliga a acreditar el pago previo a la realización de cualquier actividad en la sala de los conceptos impositivos, de tasas o contribuciones que resulten exigibles, incluyendo ello los propios de sadaic, aadi-capif, argentores y cuanto otro resultare de aplicación, los que en todos los casos son a su exclusivo cargo.

OBSERVACIONES

FIRMA SOLICITANTE

ACLARACIÓN Y DNI