

FORMULARZ REZERWACJI

Zamawiający:

(imię nazwisko)

Organizator:

(jednostka organizacyjna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, organizacja studencka zarejestrowana na uczelni)

Kontakt:

tel.: _____ tel. kom.: _____ e-mail: _____ @ _____ fax: _____

adres do korespondencji: _____

Forma organizacyjna przedsięwzięcia:

zajęcia dydaktyczne kongres konferencja kurs szkolenie

zjazd prezentacja targi e-learning

inna _____

(jaka)

Temat/Nazwa organizowanego przedsięwzięcia:

Cel główny planowanego przedsięwzięcia:

Założenia dydaktyczne/naukowe planowanego przedsięwzięcia:

Planowany termin: 1. _____ 200__ roku, w godz. _____

2. _____ 200__ roku, w godz. _____

Patroni planowanego przedsięwzięcia:

Sponsorzy planowanego przedsięwzięcia:

Wykładowcy/Prelegenci/Prowadzący:

1. _____

(tytuł naukowy, imię nazwisko)

2. _____

Planowane wydawnictwa:

książki skrypty referaty materiały konferencyjne materiały pokonferencyjne
broszury informacyjne artykuły w periodykach artykuły prasowe plakaty ulotki
prezentacje multimedialne/film e-learning
inne _____

(jakie)

Planowana ilość uczestników: pracowników naukowych _____, studentów _____
zaproszonych gości z Polski _____, z zagranicy _____
razem _____

Organizowane przedsięwzięcie prowadzone będzie w języku: _____

Materiały i wydawnictwa przygotowane zostaną w języku: _____

Ilość i rodzaj planowanych do wykorzystania sal dydaktycznych, powierzchni, holi:

25 x ____; 50 x ____; 75 100 150 300 400 600 1000

Ogólna liczba sal : _____ Ogólna liczba miejsc: _____ Powierzchnia: _____

Wyposażenie sali:

standardowe dodatkowe : _____

Planowany poczęstunek:

catering przerwy kawowe obiad cocktail toast inna forma
: _____

miejsce poczęstunku:

sala zajęć osobna sala hol inne miejsce : _____

Powierzchnie wystawiennicze: tak nie ilość: _____

Recepcja: tak nie ilość: _____

Pomieszczenia techniczne: tak nie ilość: _____

Udział na podstawie: zaproszeń otwarty

Ochrona: tak nie ilość: _____

Impreza otwarta jest dla studentów tak nie dysponowana liczba miejsc : _____

Informacje dodatkowe: _____

ZAMAWIAJĄCY

WYRAŻAM ZGODĘ NA ORGANIZACJĘ

(imię nazwisko)

(Rektor, Dziekan, Opiekun koła naukowego)