

FONDAZIONE
GIAN MARIA ODDI
Via Roma, 58
17031 – Albenga – SV
C.fisc / P.IVA: 01470790096
Tel/Fax: 0182/571443
info@palazzooddo.it
www.palazzooddo.it

Il sottoscritto/a / La scrivente Ditta/Società:-.....
qui testimoniata dal legale rappresentante Signor/ Signora:-.....

CHIEDE

di poter utilizzare la struttura denominata Auditorium San Carlo ubicata in Albenga in via Roma,
per.....
per il giorno/i:-.....dalle ore:-.....alle ore:-.....totale giorni:-.....

SI IMPEGNA

1. a pagare anticipatamente, specificandone la modalità, il corrispettivo previsto in Euro.....
2. ad utilizzare la struttura nel rigoroso rispetto delle norme gestionali.
3. In caso di **eventuale disdetta** della saa la Signoria Vostra è pregata di darne tempestivo avviso per iscritto (pena pagamento per intero della tariffa) **entro 72 ore** dalla data prevista per la manifestazione e contattando il numero **0182-571443 (dal martedì alla domenica – 10.30/12.30-16.30/18.30)**
4. Si rende noto che la Sala dovrà essere lasciata nelle medesime condizioni in cui è stata trovata, nel caso in cui questa clausola non venisse rispettata si applicherà **una penale di € 50,00.**
5. **L'auditorium San Carlo verrà concesso in uso unicamente per l'organizzazione di incontri pubblici, conferenze, riunioni e corsi con uso dei supporti audio-video presenti (su richiesta)**

N.B. Capienza massima sala: 130 posti

Nel caso in cui fossero presenti più di 130 persone la conferenza sarà sospesa a norma di legge.

- **La pulizia straordinaria è a cura di chi organizza la manifestazione/rinfresco.**

Si precisa di comunicare l'esatto orario di inizio/fine manifestazione o conferenza, quest'ultime dovessero potersi **oltre le 4 (quattro) ore** comporterebbero l'applicazione della tariffa prevista per l'intera giornata.

DATI PER FATTURA:

Nominativo:-.....Persona Fisica (SI/NO):-.....

Codice Fiscale:-..... Partita IVA:-.....

Indirizzo:-.....Città:-.....

Cap:-..... Provincia:-..... Recapito telefonico:-.....

**IL PAGAMENTO DEVE ESSERE EFFETTUATO ALMENO 7gg PRIMA DELL'EVENTO
TRAMITE BONIFICO SU CC: BANCA PASSADORE – Agenzia di Albenga (SV) – Intestato a
fondazione Gian Maria Oddi - Codice IBAN: IT 90 L 03332 49250 00000 1311338**

Il presente modulo deve essere riconsegnato presso la biglietteria della Mostra "MAGICHE TRASPARENZE" al 1° piano del Palazzo Oddo di Albenga (dal martedì alla domenica – 10.30/12.30-16.30/18.30), O inviato via MAIL o FAX entro e non oltre 7 giorni dall'utilizzo della sala

Albenga li.....

FIRMA PER ACCETTAZIONE