




Wniosek o organizację imprezy/wynajem sali

Formularz
F-1/P-2/JZ7.1Właściciel dokumentu:
Kierownik Działu OrganizacjiAktualna edycja obowiązuje od: 25.06.2026
Data wprowadzenia: 02.01.2019

Strona 1 z 3

Edycja 4

TYTUŁ/TEMAT							
RODZAJ IMPREZY							
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"/>							
TERMIN	OD:		DO:		LICZBA DNI:		
GODZINY	1 DZIEŃ		2 DZIEŃ		3 DZIEŃ		
	OD:	DO:	OD:	DO:	OD:	DO:	
ORGANIZATOR							
DANE OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ ZA ORGANIZACJĘ IMPREZY:							
Imię i nazwisko:		Tel.:			E-mail:		
UCZESTNICY		Pracownicy szpitala <input type="checkbox"/>			Osoby z zewnątrz <input type="checkbox"/>		
LICZBA OSÓB							
*OSOBA MERYTORYCZNIE ODPOWIEDZIALNA ZE STRONY WIELKOPOLSKIEGO CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII							
Imię i nazwisko:							
*w przypadku współorganizacji imprezy z Wielkopolskim Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii							
FAKTURA (faktura jest wystawiana w formie elektronicznej za pośrednictwem systemu KSeF po zakończeniu wydarzenia)		TAK <input type="checkbox"/>			NIE <input type="checkbox"/>		
DANE DO FAKTURY – wypełnić jeśli dotyczy							
NAZWA FIRMY:		ADRES:			NIP:		
CATERING:		TAK <input type="checkbox"/>			NIE <input type="checkbox"/>		
Dane firmy świadczącej usługę (nazwa, adres, telefon) - wypełnić jeśli dotyczy							
PARKING NA TERENIE SZPITALA* *poniżej zaznaczyć właściwe jeśli dotyczy		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)							

	WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII		
	Wniosek o organizację imprezy/wynajem sali		Formularz F-1/P-2/JZ7.1
	Właściciel dokumentu: Kierownik Działu Organizacji	Aktualna edycja obowiązuje od: 25.06.2026 Data wprowadzenia: 02.01.2019	Strona 2 z 3 Edycja 4

DODATKOWE WYPOSAŻENIE SALI	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
STÓŁ		
PRZEDŁUŻACZ		
WIESZAK NA ODZIEŻ WIERZCHNIĄ		
INNE		
MULTIMEDIA WRAZ Z PODŁĄCZENIEM	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, 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, rozstawienie sprzętu, cateringu, itp.) do momentu zdania kluczy.
2. W przypadku przedłużenia się spotkania dodatkowe godziny oraz obsługa sali naliczane są zgodnie z cennikiem.
3. Wypełniony formularz należy przesać drogą mailową 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 e-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.
11. W przypadku gdy wydarzenie wymaga zgody pacjenta na wykorzystanie wizerunku, organizator zobowiązany jest do uzyskania Klauzuli poufności uczestników szkolenia (F-2/P-2/JZ7.1) od każdego z uczestników wydarzenia.

WYRAŻAM/NIE WYRAŻAM ZGODY

Dyrektor WCPiT

.....
(DATA I PODPIS)

	WIELKOPOLSKIE CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII		
	Wniosek o organizację imprezy/wynajem sali		Formularz F-1/P-2/JZ7.1
	Właściciel dokumentu: Kierownik Działu Organizacji	Aktualna edycja obowiązuje od: 25.06.2026 Data wprowadzenia: 02.01.2019	Strona 3 z 3 Edycja 4

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)