



FORMULARIO DE RESERVA DE SALA

DATOS DEL CLIENTE

Empresa o Sociedad:	
Nombre persona de contacto:	
N.I.F. / C.I.F. :	
Dirección Postal:	
Teléfono de contacto:	E-mail:

DETALLES DE LA RESERVA

Fecha solicitada:	Horario de la reunión: De a horas				
Centro solicitado:	<table border="1"><tr><td>Sede Central (Pº Ruiseñores, 2)</td><td></td></tr><tr><td>Centro de Formación (C/ Ana Isabel Herrero, 3)</td><td></td></tr></table>	Sede Central (Pº Ruiseñores, 2)		Centro de Formación (C/ Ana Isabel Herrero, 3)	
Sede Central (Pº Ruiseñores, 2)					
Centro de Formación (C/ Ana Isabel Herrero, 3)					
Nombre y capacidad de la sala:	<input type="text"/>				
Descripción de la reunión: (Breve descripción del tema a tratar, programa, nombre de los ponentes, público al que va destinada la charla...)					
Solicita espacio para catering:	Horario de servicio del mismo:				
<table border="1"><tr><td>Si</td><td>No</td></tr></table>	Si	No	De __:__ a __:__ horas		
Si	No				

NECESIDADES ADICIONALES

Las salas disponen de cañón y pantalla incluido en el precio, pero **deberán traer su propio ordenador portátil**

Solicita asistencia técnica de sonido:

Si	No
----	----

Otras necesidades solicitadas: (Consultar coste)

De conformidad con el Reglamento UE 2016/679 y la LOPD le informamos que sus datos serán procesados por el ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ZARAGOZA con la finalidad de tramitar y gestionar su solicitud. Los datos proporcionados se conservarán mientras Vd. no solicite su supresión y resulten adecuados y no excesivos. Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal. En cumplimiento de los artículos 15 a 21 del reglamento UE2016/679 usted podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y portabilidad de los datos, dirigiéndose a lopd@comz.org