

SOLICITUD DE SALAS

Don / Doña: _____

En nombre y representación de: _____

N.I.F. _____

Con domicilio en: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Solicita le sea facilitado la Sala que indica, en las condiciones que señaladas más adelante, con objeto de:

Motivo de la Reunión _____

Fecha/s : _____ **Nº de Asistentes :** _____

Hora de Inicio : _____ **Hora de Finalización:** _____

CONDICIONES:

- A) La solicitud de salones deberá realizarse con 48 horas de antelación como mínimo.
- B) La respuesta a su solicitud, les será comunicada al teléfono, Fax o E-Mail que Uds, nos hayan indicado.
- C) Los sábados y festivos tendrán un incremento de tarifa.
- D) El cierre de las instalaciones se realizará a las 22:00 horas.

TARIFAS VIGENTES: Acuerdo del Comité Ejecutivo (19/03/2012)

	SALA	AFORO	TARIFAS
<input type="checkbox"/>	SALON DE ACTOS .	106	180,00 €
<input type="checkbox"/>	SALA BESAYA	20-25	60,00 €
<input type="checkbox"/>	SALA SAJA	8	60,00 €
<input type="checkbox"/>	AULA DE INFORMÁTICA	20	120,00 €
<input type="checkbox"/>	ALQUILER DE PORTATIL		30,00 €
<input type="checkbox"/>	ALQUILER DE PROYECTOR		50,00 €

* Estos precios no incluyen IVA

Persona o Entidad a la cual la Cámara deberá dirigir la factura:

Nombre: _____

Domicilio: _____

DNI / NIF: _____ Forma de Pago: _____

Forma de pago: El ingreso podrá realizarlo por medio de transferencia bancaria a la cuenta de la Cámara Oficial de Comercio e Industria de Torrelavega en Caja Cantabria.

Nº c/c 2048-2179-15-3400001438 y presentar el justificante de pago con anterioridad a la fecha de celebración del acto.

Torrelavega a _____ de _____ de 20____ Firma: _____