

**REQUISIÇÃO DE ESPAÇOS DA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

Requisitante: _____

Morada para
faturação: _____

NIF: _____ Tipo de Evento: _____

Salas pretendidas:		Data		Horário	
Quantidade	Capacidade	Início	Fim	Início	Fim
Montagem de Equipamento					
Desmontagem de Equipamento					

Cobrança de inscrições no Evento:	Sim	<input type="checkbox"/>	Valor Normal:	_____ €
	Não	<input type="checkbox"/>	Descontos:	_____ €
N.º previsto de pessoas:	_____		_____	_____ €

Responsável (nome e contacto): _____

Data: _____ Assinatura: _____

Em anexo:

Termo de Responsabilidade, devidamente assinado e carimbado pelo Requisiteante