*Szabályzat 1. számú melléklete*

**KÉRELEM**

HEMO helyiségeinek használatára

|  |  |
| --- | --- |
| **Kérelmező adatai**  *(Kérem, hogy a megfelelő oszlop adatait töltse ki!)* | |
| természetes személy esetében | jogi személy  (gazdasági társaság, e.v., civil szervezet stb.) |
| **Név:** | **Szervezet neve:** |
| Születési hely, idő: | Székhelye: |
| Anyja neve: | Nyilvántartási száma: |
| Személyi igazolvány szám: | Adószám: |
| Lakcím: | A képviseletre jogosult személy neve: |
| Adóazonosító jel: | Kapcsolattartó neve: |
| Kérelmező telefonszáma, e-mail címe: | Kapcsolattartó elérhetősége: |
| **Helyiség(ek) megjelölése**  *(Kérem, hogy a megfelelő sorba tegyen x-et!)* | |
| **Konferencia terem** |  |
| **Étterem** |  |
| **Konyha** |  |
| **Iroda** |  |
| **Udvar** |  |
| Egyéb megjegyzés: | |
| **Használat időtartama** (év, hónap, nap, óra, perc):  ………………………………………………………….  ………………………………………………………….  ………………………………………………………….  ………………………………………………………….  ………………………………………………………….  …………………………………………………………. | |
| **Rendezvény/esemény megnevezése, jellege:** |  |
| **Résztvevők max. létszáma:** |  |
| **Igényelt/bérelt eszközök:** |  |
| **Magánrendezvény (zártkörű):** | igen /nem |
| **Rendezvény haszonszerzésre irányul?** | igen /nem |
| **Közszolgáltató tölti ki!** | |
| Használat jogcíme *(aláhúzással jelölendő)* | bérlet/haszonkölcsön |
| Térítésmentes vagy kedvezményes használat esetén annak besorolása  *(pontra hivatkozva: pl. 7. b))* | …………………………………………….. |
|  | …………………………………………….  Közszolgáltató illetékes munkatársának aláírása |

Kelt: ………, ……….. év, ……… hó ..…..napján

…………………………………

Kérelmező aláírása