**FORMULARIO SOLICITUD SALONES DE ACTOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL ACTO** | **SESION INTERHOSPITALARIA DE NEFROLOGIA PEDIATRICA**  **“Estudio prospectivo para el tto del síndrome nefrótico corticosensible de difícil manejo.**  **Papel de la carga genética”** | | |
| **Solicitante** | **Nombre** | **Mar** | |
|  | **Apellidos** | **Espino Hernández** | |
|  | **Teléfono móvil** | **616698619** | |
|  | **Interfono** | **8441 /61993** | |
|  | **Correo electrónico** | **mar.espino@madrid.salud.org** | |
|  | **Servicio/Unidad** | **Nefrología Pediátrica** | |
| **Fecha de Solicitud** | **21/10/2019 Ya se había solicitado previamente en Julio.** | | |
| **DATOS DEL ACTO** | | | |
| **Tipo de acto**  **(científico, docente, investigación, cultural …)** | **Científico y docente** | | |
| **Carácter**  **(interno, regional, nacional o internacional)** | **Nacional. CAM y Castilla La Mancha** | | |
| **Número máximo de asistentes previsto** | **30** | | |
| **Fecha** | **Año** | | **2019** |
| **Mes** | | **noviembre** |
| **Día/s** | | **28** |
| **Horario de inicio y finalización de cada día** | | **15:30-18:30** |
|  |  | | |
| **Financiación**  **(Patrocinio, cuota de inscripción, otro tipo de financiación)** | **NO** | | |
| **Entidad Financiadora** |  | | |
| **Cuota de inscripción**  **(importe)** |  | | |
| **Medios técnicos que se requieren (especificar con el máximo detalle)**  **(ordenador, microfonía fija en mesa e inalámbrica, cañón proyector, luces … )** | **ORDENADOR, ALTAVOZ Y PROYECTOR** | | |
| **Otras cuestiones técnicas a considerar (traducción simultánea, conexión en directo, sedes simultáneas, …)** | **NO** | | |
| **En el caso de congreso en forma de mesas, número máximo de ponentes por mesa** |  | | |
| **Alimentación durante el congreso (desayuno, comida, … )**  **(especificar características de cada día y catering)**  **(adjuntar contacto de catering)** | **NO** | | |

**ANULACIÓN DE LA RESERVA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** |  |
| **Servicio/Unidad** |  |
| **Cargo** |  |
| **Motivo de la anulación** |  |
| **Teléfono móvil** |  |
| **Interfono** |  |
| **Correo electrónico** |  |

**IMPORTANTE:**

* **Adjuntar el programa o avance de programa**. Este requisito es imprescindible para la gestión de la solicitud.
* El solicitante se hace responsable de la veracidad de los datos expuestos en la solicitud.
* El solicitante es conocedor de los requisitos de uso del salón de actos que le sea autorizado.
* **LA RESERVA NO QUEDARÁ CONFIRMADA HASTA QUE EL SOLICITANTE NO RECIBA EL VISTO BUENO DE LA DIRECCIÓN DEL HOSPITAL.**
* En caso de no advertencia de anulación, no se reservará ninguna otra sala o salón de actos durante un año.