*Załącznik nr 2 do Regulaminu korzystania z zasobów*

*Centrum Aktywności Lokalnej w Łagowie*

**ZAPOTRZEBOWANIE NA USŁUGI**

**CENTRUM AKTYWNOŚCI LOKALNEJ W ŁAGOWIE**

JEDNORAZOWE/CYKLICZNE\* ***(niepotrzebne skreślić)***

**ZAKRES ZAPOTRZEBOWANIA:**

*Należy wskazać usługi CAL, którymi organizacja jest zainteresowana.
W przypadku:*

* *pomieszczeń - należy wskazać nazwę lub nr Sali/pokoju: oraz cel spotkania (np. zebranie zarządu, pełnienie dyżuru, szkolenie, warsztat itp., należy krótko scharakteryzować rodzaj spotkania), należy zaznaczyć, czy organizacja jest zainteresowana korzystaniem ze sprzętu dostępnego w CAL (komputera, rzutnika, urządzenia wielofunkcyjnego);*
* *adresu korespondencyjnego CAL (prosimy o krótkie uzasadnienie i wskazanie przewidywanego terminu korzystania z adresu);*
* *szafki/biurka (należy wskazać cel korzystania z szafki/biurka oraz wskazanie przewidywany termin korzystania)*

*Należy zaznaczyć właściwe wstawiając znak ”X”. Niezbędne jest uwzględnienie czasu na przygotowanie i posprzątanie pomieszczeń.*

 Jednorazowe wykorzystanie pomieszczeń

 parter: pok. nr .....................

w terminie: ………………………………..
w godzinach od……………………………do…..………………

 Cykliczne wykorzystanie pomieszczeń:

 parter: pok. nr .............

 w terminie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TYDZIEŃ MIESIĄCA** | **DZIEŃ TYGODNIA****(pn, wt, śr, czw, pt)** | **Godziny (od…do…)** |
| pierwszy |  |  |
| drugi |  |  |
| trzeci |  |  |
| czwarty |  |  |
| piąty |  |  |

* **Informacje dodatkowe, uwagi** (np. potrzeba korzystania z pomieszczenia w okresie wakacyjnym, około świątecznym):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Łagów, dnia .............................. ……………............................................................................

 *(czytelne podpisy lub pieczątki imienne osób uprawnionych do reprezentowania organizacji)*

Złożono w dniu …………………………

………………………………………..……………………..

*Podpis Koordynatora CAL*