

CENTRUL DE APTITUDINI PRACTICE ȘI SIMULARE ÎN MEDICINĂ

400337 Cluj-Napoca, România
Str. Marinescu nr. 23
tel.: +40-264-597256; +40374834811
Fax: +40-264-597-257
e-mail: capism@elearn.umfcluj.ro
www.umfcluj.ro



UMF
UNIVERSITATEA DE
MEDICINĂ ȘI FARMACIE
IULIU HAȚIEGANU
CLUJ-NAPOCA

CERERE REZERVARE SALĂ DE LUCRĂRI – CENTRUL DE SIMULARE –

Subsemnata (ul) _____
având funcția de _____ la Disciplina _____
_____, vă rog să binevoiți a-mi aproba rezervarea sălii
_____ din cadrul Centrului de Simulare, în perioada _____ între orele
_____ în vederea organizării de:

- Activități curriculare cu studenții: an _____, serie _____, grupă _____
- Curs organizat de UMF
- Curs organizat în parteneriat cu UMF

Intitulat: _____

- Altă activitate (vă rugăm menționați): _____

Număr de participanți: _____ (maxim 30 pers./ sală)

Categoria: _____ (studenți, masteranzi, rezidenți, etc.)

Solicit următoarele echipamente: _____

Menționez că doresc să beneficiaz de suport tehnic/logistic, după cum urmează:

mese în număr de _____; scaune în număr de _____

Responsabilul desemnat pentru transportul materialului biologic/ igienizare/depozitare gunoi menajer:

_____ Tel: _____ e-mail: _____

Responsabil pentru situații de urgență în laborator _____

_____ e-mail: _____ Tel: _____

Taxele pentru accesul și utilizarea infrastructurii Centrului de Simulare se vor achita **înainte** (cash la casieria universității sau prin OP în contul **RO43TREZ21620F330800XXXX Cod fiscal 4288047**),

La intrarea în Centrul de Simulare se va prezenta dovada plății (Chitanță sau OP) a taxei aferente scopului,

Fără prezentarea unei dovezi de plată **NU** se va permite accesul în Centrul de Simulare.

Semnătura _____

Data _____

Aprobare disponibilitate sală și echipament,
Compartiment tehnic simulare,
Ing. Țicolea Gheorghe

Aprobare Director C.A.P.S.M.,

Conf. Dr. Ciorțea Răzvan