



## CENTRO DE RECREACIÓN Y CAPACITACIÓN SOLICITUD DE ALQUILER SALÓN DE EVENTOS Y SALA DE CAPACITACIÓN

DATOS DEL SOLICITANTE		
Nombre completo:		
Número de cédula:		Número de licencia:
<input type="checkbox"/> Colegiado(a)	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Institución
Teléfono 1:		Teléfono 2
Correo electrónico:		
DATOS DE LA ACTIVIDAD		
Tipo:		Fecha:
Cantidad de invitados:	Invitados adicionales ( Max 50 personas)	
Horario: <input type="checkbox"/> de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.* <input type="checkbox"/> de 8:00 a.m. a 9:00 p.m.* (Costo adicional)		
DETALLE DEL COSTO A CANCELAR		
Servicio	Monto	
	Colegiado (a)	Particular o Institución
Alquiler de salón principal (para un máximo de 100 invitados)	<input type="checkbox"/> ₡ 65.000	<input type="checkbox"/> ₡ 100.000
Depósito de garantía uso salón principal	<input type="checkbox"/> ₡ 50.000	<input type="checkbox"/> ₡ 100.000
Alquiler sala capacitación (para un máximo de 40 invitados)	<input type="checkbox"/> ₡ 40.000	<input type="checkbox"/> ₡ 80.000
Depósito de garantía uso sala capacitación	<input type="checkbox"/> ₡ 40.000	<input type="checkbox"/> ₡ 80.000
Extensión de horario salón principal (hasta 9:00 p.m.*)	<input type="checkbox"/> ₡ 35.000	<input type="checkbox"/> ₡ 60.000
Invitados adicionales (₡2000 por persona con máximo de 50)	<input type="checkbox"/> ₡	<input type="checkbox"/> ₡
Otros	<input type="checkbox"/> ₡	<input type="checkbox"/> ₡
Total a cancelar	₡	₡

\*Hora máxima para entrega del salón a Administración para su respectiva revisión.

### SOLICITUD DE LA DEVOLUCIÓN DEL DEPÓSITO DE GARANTÍA

Para la devolución del monto por concepto de depósito en garantía, favor indicar número de cuenta cliente a nombre del colegiado(a), particular o Institución y el banco a quien pertenece dicha cuenta.

N° de cuenta IBAN \_\_\_\_\_

Nombre del Banco \_\_\_\_\_

### CONSIDERACIONES DE IMPORTANCIA

- Al reservar el salón no significa exclusividad ni otorga derecho a uso de las demás instalaciones (Art. 14 del Capítulo III del Reglamento Centro de Recreación del CECR).
- Para reservar cualquiera de los disponibles se deberá completar y enviar este documento al correo clubcampestre@enfermeria.cr y una copia de su licencia profesional al día.
- El pago por cancelación del costo del evento deberá hacerse una vez recibida la confirmación de la fecha seleccionada un mes antes de su actividad a la cuenta del **Banco Nacional** o bien en nuestras oficinas centrales.

**Cuenta Corriente:** 100-01-189-000-225-0

**Sinpe:** 87-44-13-98

**Cuenta IBAN:** CR02015118910010002251

- Una vez realizado el pago correspondiente se deberá enviar el comprobante al correo indicado en el punto B.
- Para motivos de reembolsos por cancelación de su actividad se registrará según Art. 17 del Capítulo III del Reglamento Centro de Recreación del CECR.
- El depósito de garantía se reintegrará a la cuenta indicada aproximadamente 22 días después de su actividad siempre y cuando pase la revisión correspondiente a posibles daños y pérdidas provocados, de ser así el mismo se retiene y posterior se aplicara el Art. 19 del Capítulo III del Reglamento Centro de Recreación del CECR.
- Al firmar este documento usted acepta las consideraciones y el tener conocimiento del Reglamento para el uso del Centro de Recreo y capacitación del CECR.
- Cualquier consulta adicional sírvase de comunicarse al teléfono 40-30-04-51

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la solicitud