



بيانات الجهة الطالبة			
اسم الجهة			تاريخ تقديم الطلب
البريد الالكتروني			رقم الهاتف المباشر
رقم الهاتف المتحرك			اسم ممثل الجهة
البريد الالكتروني			رقم الهوية
صورة هوية مقدم الطلب			المرفقات المطلوبة
خطاب رسمي من الجهة الطالبة لإقامة الفعالية			
السيرة الذاتية للمحاضر متضمنة صورة هويته وصورة من جواز سفره (إذا كانت الفعالية محاضرة أو ندوة)			

بيانات الحجز			
<input type="checkbox"/> المسرح الوطني	<input type="checkbox"/> مركز أبوظبي الثقافي	<input type="checkbox"/> قاعات ديوان عام الوزارة	<input type="checkbox"/> مركز الغربية الثقافي
<input type="checkbox"/> مركز رأس الخيمة الثقافي	<input type="checkbox"/> مركز عجمان الثقافي	<input type="checkbox"/> مركز أم القيوين الثقافي	<input type="checkbox"/> مركز الفجيرة الثقافي
<input type="checkbox"/> مركز دبا الفجيرة الثقافي	<input type="checkbox"/> مركز مسافي الثقافي	<input type="checkbox"/> المسرح	<input type="checkbox"/> الساحة الخارجية للمركز
<input type="checkbox"/> قاعة المحاضرات الكبيرة	<input type="checkbox"/> قاعة المحاضرات الصغيرة	<input type="checkbox"/> المهو	<input type="checkbox"/> نوع القاعة / المسرح
<input type="checkbox"/> جهاز عرض الشرائح	<input type="checkbox"/> جهاز عرض الشفافيات	<input type="checkbox"/> حاسب آلي	<input type="checkbox"/> نوع الأجهزة المطلوبة أثناء فترة الحجز
<input type="checkbox"/> خط انترنت	<input type="checkbox"/> جهاز مشغل فيديو	<input type="checkbox"/> جميع الأجهزة	<input type="checkbox"/> نوع الفعالية التي سيتم عقدها في القاعة / المسرح
<input type="checkbox"/> محاضرات وندوات	<input type="checkbox"/> اجتماعات	<input type="checkbox"/> احتفال	<input type="checkbox"/> ورش عمل
<input type="checkbox"/> ملتقيات	<input type="checkbox"/> أخرى:		
عدد أيام الحجز	تاريخ الحجز	من 20// إلى 20//	
وقت الحجز	من الساعة ... إلى الساعة ...	رسوم الحجز	
مبلغ تأمين الحجز			(نعم استرداد المبلغ عقب انتهاء الفعالية في حال استلام القاعة / المسرح خالية من الأضرار)



تعهد وإقرار

أتعهد أنا الموقع أدناه بأني استلمت القاعة / المسرح المتعددة أغراضهم وجميع محتوياتهم من أثاث ومعدات بحالة سليمة وأتعهد بالحفاظ عليها والالتزام بنظافة البيئة وأتكفل بدفع التعويضات المقررة في حال مخالفة ذلك.

التاريخ	التوقيع	الاسم

اعتماد المركز

التاريخ	التوقيع	الاسم	المسمى الوظيفي
			موظف إسعاد المتعاملين