



DEMANDE DE LOCATION DE SALLE(S) GARNITURE(S)

Nom et adresse du demandeur :

.....

.....

.....

Tél :

Email :

Mairie de L'HOPITAL
9 rue du Presbytère
57490 L'HOPITAL

A l'attention de Monsieur le Maire

	Location de salle (Cochez la case correspondante)
FOYER GASTON BERNDT	
GARE	
DETEMPLE	
Autre location	
*Location Vaisselle	OUI / NON
*Garnitures (Mobilier)	Nombre :

*garniture=1 table+ 2 bancs = 5.00€ caution = 150.00€ /Garniture louée

*vaisselle = jusqu'à 50 personnes = 30.00€

+50 personnes = 30.00€ + 1.00€ par personne supplémentaire

Date et heure de la manifestation :

Nature de la manifestation :

Nombre de personnes :

Date : Signature :

Cadre réservé à l'Administration

Réponse

L'HOPITAL, le

Salle disponible

OUI

NON

Pour le Maire

Avis favorable

Adjoint délégué

Mme TRIDEMY