



XVII PAWŁOWICKIE spotkania teatralne

25 – 29 października 2019



NAZWA GRUPY:

INSTRUKTOR

(imię i nazwisko, telefon kontaktowy, e-mail)

TERMIN UDZIAŁU:

LICZBA UCZESTNIKÓW / OPIEKUNÓW:

LICZBA UCZESTNIKÓW WARSZTATÓW:

POSIŁKI: STANDARD - liczba osób WEGETARIAŃSKIE - liczba osób

TYTUŁ PRZEDSTAWIENIA:

INFORMACJA O ZESPOLE:

WIEK ODBIORCY PRZEDSTAWIENIA:

CZAS PRZYGOTOWANIA / CZAS PREZENTACJI:

WYMOGI TECHNICZNE:

DANE DO WYSTAWIENIA FAKTURY (NAZWA, ADRES, NIP) ORAZ TELEFON:

INSTYTUCJA DLEGUJĄCA JEST ZOBOWIĄZANA DO UZYSKANIA ZGODY, OD OPIEKUNÓW UCZESTNIKÓW IMPREZY, NA WYKORZYSTANIE ICH WIZERUNKU W CELU PROMOCJI IMPREZY PRZEZ GMINNY OŚRODEK KULTURY.

.....
(podpis dyrektora instytucji delegującej)