

KARTA ZGŁOSZENIA

III MIĘDZYNARODOWY FESTIWAL MUZYKI IM. PROF. JÓZEFA ŚWIDRA

KONCERTY TOWARZYSZĄCE

CIESZYN 08-10 GRUDNIA 2017

1. Dane zespołu

| | |
|-------------------------|--|
| Nazwa zespołu | |
| Adres | |
| nr telefonu, fax | |
| e-mail, strona www | |
| Imię i nazwisko Prezesa | |
| nr telefonu | |

2. Dane dyrygenta

| | |
|-----------------|--|
| Imię i nazwisko | |
| nr telefonu | |
| e-mail | |

3. Dane instytucji patronującej (dobrowolnie)

| | |
|------------------|--|
| Nazwa | |
| Adres | |
| nr telefonu, fax | |
| e-mail | |

4. Ilość uczestników

| Ilość uczestników | kobiety | mężczyźni |
|------------------------------|----------------|------------------|
| Chórzyści | | |
| Dyrygent | | |
| Inni (np. kierowca) | | |
| Łącznie osób akredytowanych: | | |

5. Zakwaterowanie

| | | |
|-----------------------------|--|--|
| Data przyjazdu/wyjazdu | | |
| Ilość osób/panie/panowie | | |
| Śniadanie/ilość osób/ dzień | | |
| Obiad/ilość osób/ dzień | | |
| Kolacja/ilość osób/ dzień | | |

6. Program koncertu

| LP. | Tytuł | Kompozytor | Autor tekstu | *Czas trwania |
|-----|-------|------------|--------------|---------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |

7. Dane do rachunku za wpłatę akredytacyjną:

| | |
|-----------------------------|--|
| Nazwa instytucji/osoby | |
| Adres | |
| NIP/ w przypadku instytucji | |

9. Przyjmujemy warunki określone w Regulaminie

| | | |
|---|----------------|------------------|
| Podpis przedstawiciela instytucji patronującej (dobrowolnie) | Podpis prezesa | Podpis dyrygenta |
|---|----------------|------------------|

Czytelnie wypełnioną kartę należy przesłać pocztą na adres:

KONTAKT:

BIURO ORGANIZACYJNE
III MIĘDZYNARODOWEGO FESTIWALU MUZYKI IM. JÓZEFA ŚWIDRA
INSTYTUT MUZYKI
UL. NIEMCEWICZA 2
43-400 CIESZYN

e-mail: festiwalswider@us.edu.pl

Termin nadsyłania zgłoszeń upływa 15 października 2017 r.