



Kulturrapport

Program

Programtitel: _____

Kulturform:

Sång/musik Dans Utställning Föreläsning Teater

Datum: _____ Kl From _____ Tom _____

Lokal: _____

Adress: _____ Postadress: _____

Antal besökare: _____ Varav kvinnor: _____

Medverkande

Namn: _____ Personnr: _____

Kontaktperson: (i artistgruppen) _____

Adress: _____ Postadress: _____

Telefon: _____ Antal medv: _____

Beställare/Medlemsorganisation

Organisation: _____

Namn: _____

Telefon: _____

Underskrift: _____

OBS! Alla uppgifter är obligatoriska

Ifylld blankett skickas direkt efter genomförandet till:

ABF Örnsköldsvik
Järvedsleden 2
891 60 Örnsköldsvik

Tfn: 0660-101 45
Fax: 0660-187 49
E-post: info.ornskoldsvik@abf.se
www.abf.se/mellannorrland/ornskoldsvik

