A n m e l d u n g eines z e i t l i c h begrenzten Projektchores

CHORVERBAND
Nordrhein-Westfalen e.V.

Name/Grund des Projektes:

(z.B.: Chorreise nach Mallorca o.ä.)

Probenort:

Dauer des Projektes: Von bis

Der zeitlich begrenzte Projektchor ist bei der Aufführung

Veranstalter ☐ **Mitwirkender** ☐ (zutreffendes bitte ankreuzen)

Ansprechpartner:

Name, Vorname, Anschrift

Telefon/FAX-Nr. mit Vorwahl, E-Mail-Anschrift

Chorleitung:

Name, Vorname

T e i l n e h m e r l i s t e

(bitte mit Schreibmaschine oder in Druckbuchstaben ausfüllen)

lfd. Nr.	Nachname	Vorname	Geburts-datum

T e i l n e h m e r l i s t e

(bitte mit Schreibmaschine oder in Druckbuchstaben ausfüllen)

lfd. Nr.	Nachname	Vorname	Geburts-datum