

REZERVACE PROSTOR

Galerie U Kalicha - Obec Drahanovice

Jméno a příjmení:

Telefon:

E-mail:

Organizace (pokud relevantní):

Účel využití prostor:

Datum akce:

Čas začátku:

Předpokládaný čas ukončení:

Předpokládaný počet osob:

Typ akce

Spolková

Veřejná

Soukromá

Komerční

Potvrzuji, že jsem se seznámil s provozním řádem Galerie U Kalicha a zavazuji se jej dodržovat.

Datum:

Podpis: _____