**REGULAMIN FESTIWALU KULTURY ALTERNATYWNEJ
DOFINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**23.08.2024 r. / ul. Mielczarskiego w Częstochowie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię, nazwisko / nazwa artysty**  | **Imię, nazwisko opiekuna** |
|  |  |
| **Tytuł występu** |  |
| **Liczba występujących artystów + obsługi**  | \_\_\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_\_\_ . Łącznie: \_\_\_\_\_\_\_ |
| **Telefon kontaktowy** | **Adres e-mail do kontaktu** |
|  |  |
| **Rider cateringowy**  | **Łączna liczba posiłków** |
| * Posiłek wegański
* Posiłek mięsny
 | * \_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_
 |
| **Pozostałe oczekiwania cateringowe /prosimy opisać, np. specjalne diety/**  |
|  |
| **Rider techniczny**  | **Czas /w minutach/** |
| 1. **Czas montażu** scenografii/instrumentów
2. **Czas demontażu** scenografii/instrumentów
3. **Czas trwania niezbędnej próby**
4. **Czas występu**
 | 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| **Garderoba /proszę opisać oczekiwania względem garderoby/** |  |
| **Proszę opisać wymagania techniczne lub w załączeniu dołączyć rider techniczny**  |  |
| **Proszę opisać koncert/spektakl lub siebie, jako artystę (np. biogram). Jest to niezbędne do celów promocyjnych festiwalu. Prosimy w załączeniu dołączyć zdjęcia promocyjne, do których posiadacie Państwo prawa autorskie.**  |  |
| **Proszę wskazać wszystkie występujące osoby oraz obsługę (imię i nazwisko – funkcja) – lub listę dołączyć w załączeniu.**  |  |
| **Prosimy o dołączenie linku do pokazu artystycznego (np. do platformy YouTube lub WeTransfer).**  |  |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,
a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana. Zobowiązuję się do poinformowania Fundacji Oczami Brata o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia w ciągi 3 dni od ich zaistnienia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
miejsce, data, podpis osoby odpowiedzialnej

***Dziękujemy i do zobaczenia!***

***Pozostańmy w kontakcie.***

*tel. 575-916-527, e-mail:* *i.bilska@oczamibrata.pl*