GEMEINDE
THÜRINGEN

Reservierung
Bewegungsraum Kinderhaus Thüringen

Veranstaltungsname:

Veranstaltungsdatum:

Art der Veranstaltung:

geschätzte Besucherzahl:

Veranstaltungsbeginn:

Veranstaltungsende:

Raumöffnung:

Gewünschter Aufbaubeginn:

Veranstalter (Rechnungsadresse):

Verein/Institution:
Name:
Straße:
PLZ/Ort:

Kontaktperson:

Name:

E-Mail:
Telefon:

Räumlichkeiten:

☐ Bewegungsraum EG ☐ Duschräume

Bemerkungen/ Ergänzungen:

Datum:

Unterschrift Veranstalter

Eingegangen am:

Unterschrift: