Patrocínio

FICHA DE INSCRIÇÃO SINIMBU MAIS BELA VOZ

Nº NÃO PREENCHER

NOME:
ENDEREÇO:
TELEFONE:
RG E CPF:
CC E AGENCIA BANRISUL, SE POSSUIR:
MÚSICA:
COMPOSITOR:
PLAYBACK ( ) **ACOMPANHAMENTO ( ) SE SIM, QUAL?_____**
CATEGORIA: **INFANTIL** ***5 A 11 ANOS*** **( )** **JUVENIL** ***12 A 17 ANOS*** **( )** **ADULTO** ***ACIMA DE 18 ANOS*** **( )** **PROFISSIONAL ( )**
Declaro que li o regulamento do certame e estou inteiramente de acordo com as normas do regulamento do Festival Sinimbu Mais Bela Voz. Declaro, ainda, que estou ciente da retenção de INSS (11%) decorrente do pagamento de prêmio e de que a liquidação poderá ocorrer em até 60 dias do evento. _____ _____ Assinatura do responsável, se menor de idade Assinatura do Concorrente

CONTROLE DA SECRETARIA RECEBIDO POR: DATA: