

PLANERING KULTURARRANGEMANG



Vårtermin År
Hösttermin År

FÖRENINGENS NAMN

Namn på arrangemanget	Artist namn, efternamn och adress	Betald	Datum	Starttid	Sluttid	Lokal och adress

Malmö den _____ Skickad av _____ Telefon nr _____

OBS! Skickas till din kontakt på SV
 Studieförbundet Vuxenskolan
 Grynbodgatan 20
 211 33 Malmö

Arr ansvarig: (ifylls av SV) _____