

સુરમધુર કલાવૃંદ સંસ્થા, ગાંધીનગર

એમ.૧૦/૧૧૮, શિવમ એપાર્ટમેન્ટ, સેક્ટર-૨૪, ગાંધીનગર. ફોન-૦૭૯૨૩૨૨૫૭૨૬, ૯૪૨૬૦૨૨૭૨૬

E-Mail ID - mdsurmadhur@gmail.com Visit - www.surmadhurkalavrund.com

અરજી પત્રક

“ ધ બેસ્ટ વોઇસ ઓફ મન્નાડે “

૧	સ્પર્ધકનું પૂરું નામ			
૨	જન્મ તારીખ			
૩	સરનામું			સ્પર્ધકનો ઉપર કોસ સહી કરેલ પાસપોર્ટ સાઇઝ ફોટો અહીં લગાડવો
૪	ગામ/શહેર નું નામ			
૫	ફોન નં. ઘર ઓફિસ મોબાઇલ ઇ-મેલ એડ્રેસ			
૬	આ ક્ષેત્ર નો અનુભવ (ક્યાં તાલીમ લીધી છે ?) (અગાઉ કોઇ સ્પર્ધામાં ભાગ લીધેલ છે ?) (ધંધાદારી કલાકાર છે ?)			
૭	ગીતની વિગતો	શબ્દો	ફિલ્મ	ગીતકાર
	૧			
	૨			
	૩			
૮	ડ્રાફ્ટની વિગતો	નંબર	તારીખ	કઇ બેંકનો છે ?
	રકમ રૂ. ૨૦૦/-			

મેં સ્પર્ધાના બધાજ નિયમો ધ્યાન પૂર્વક વાંચ્યા છે, એની સાથે હું સંમત છું અને હું ભાગ લેવા માગું છું

સ્થળ :-

તારીખ :-

સહી-

નામ-