

Formulário de Inscrição:  
Mostra fotográfica SP 2020

Nome \_\_\_\_\_

Nome Artístico \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Cep \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Imagem enviada:

Nome ou numeração \_\_\_\_\_

Ano de Produção \_\_\_\_\_

Valor de venda, incluindo a comissão de 20% (vinte por cento), para a organização da mostra.

R\$ \_\_\_\_\_

Declaro que estou ciente e de acordo com o regulamento da Mostra Fotográfica São Paulo 2020.

\_\_\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_

RG