

文件編號：_____

填寫後請傳真致 (853) 2875 1395 或電郵 enquiry@ccm.gov.mo 。

如有查詢，歡迎致電 (853) 8797 7301 或 8797 7306 。

第一部份 租賃場地

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 綜合劇院 | <input type="checkbox"/> 小劇院 | <input type="checkbox"/> 會議室： <input type="checkbox"/> 全室 <input type="checkbox"/> 2/3 室 <input type="checkbox"/> 1/3 室 |
| <input type="checkbox"/> 四樓管弦樂排練室 | <input type="checkbox"/> 一號音樂室 | <input type="checkbox"/> 二號音樂室 |
| <input type="checkbox"/> 二樓多功能排練室 | <input type="checkbox"/> 二樓舞蹈室 | <input type="checkbox"/> 貴賓廳 |
| <input type="checkbox"/> 一樓大堂 | <input type="checkbox"/> 藝術廣場 | <input type="checkbox"/> 其它 _____ |

申請日期和時間

	日期	時間
第一選擇		
第二選擇		

第二部份 活動內容

活動名稱：_____

活動性質：_____

活動詳情：_____

(如主題、劇目、節目及藝人 / 講者姓名等，倘有藝人並非澳門居民，請註明國籍)

是否會在活動期間售票？ 會 不會

是否會在活動進行期銷售商品？ 會 不會

如果會，請說明票價或會銷售商品項目：

第三部份 申請人資料

以個人名義申請者，請填寫此欄。 —請提供住址證明及身份證明文件（謹作核實之用）

申請人姓名 : _____
聯絡電話 : _____
傳真 : _____
地址 : _____
電郵 : _____

以團體名義申請者，請填寫此欄。 —請連同政府公報上的團體簡介副本一併提交

團體名稱 : _____
(註冊名稱)
團體性質 : 註冊非牟利 慈善 商業
 政府部門 其他: _____
聯絡電話 : _____
傳真 : _____
地址 : _____
電郵 : _____

第四部份 負責安排該活動的聯絡人資料（倘與上以不同）

聯絡人姓名 : _____
聯絡電話 : _____
傳真 : _____
地址 : _____
電郵 : _____

<p>申請人簽署／蓋章印鑑</p> <p>姓名： _____ 職位： _____ 日期： _____</p>	<p>文化中心專用</p> <p>姓名： _____ 職位： _____ 日期： _____</p>
---	---

Pedido de reserva de instalações

Refª do doc: _____

Preencha por favor o impresso e envie-o por fax (853) 2875 1395 ou email para enquiry@ccm.gov.mo.

1ª PARTE Locais de Arrendamento

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grande Auditório | <input type="checkbox"/> Pequeno Auditório | <input type="checkbox"/> Sala de conferências:
<input type="checkbox"/> inteira <input type="checkbox"/> 2/3 sala <input type="checkbox"/> 1/3 sala |
| <input type="checkbox"/> Sala de Ensaio para Orquestra | <input type="checkbox"/> Estúdio de Música | <input type="checkbox"/> Sala VIP |
| <input type="checkbox"/> Sala de Ensaios Multi-usos | <input type="checkbox"/> Estúdio de Dança | <input type="checkbox"/> Plaza da Arte |
| <input type="checkbox"/> Átrio de Entrada | <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |

Data e Hora

	Data	Hora
Opção 1		
Opção 2		

2ª PARTE Descrição do Evento

- Nome do Evento : _____
- Natureza do Evento : _____
- Especificação do Evento : _____

(por ex. Tema, título, programas e nomes dos artistas/oradores etc. Pr favor especifique o país de origem se houver quaisquer artistas não residentes em Macau.)

Haverá venda de bilhetes para este evento? **Sim** **Não**

Haverá venda de artigos durante o evento? **Sim** **Não**

Se sim, indique por favor os preços dos bilhetes e artigos à venda

3ª PARTE **Informações do Requerente*****Pedido individual, preencha, por favor, esta secção***

Nome completo : _____
Telefone : _____
Fax : _____
Endereço : _____
Email : _____

Pedido de Organização, preencha, por favor, esta secção

Nome da Organização : _____
(nome registado)
Natureza da Organização : Entidade sem fins lucrativos Caridade Comercial
 Governamental Outros: _____
Telefone : _____
Fax : _____
Endereço : _____
Email : _____

4ª PARTE **Dados pessoais para contacto**

Nome Completo : _____
Telefone : _____
Fax : _____
Endereço : _____
Email : _____

Assinatura e Carimbo	Para uso exclusivo do CCM
Nome : _____ Título : _____ Data : _____	Nome : _____ Título : _____ Data : _____



Application for Venue Booking

Document No.: _____

Please fill in this form and fax back to us at (853) 2875 1395 or email to enquiry@ccm.gov.mo.
For further assistance, please contact (853) 8797 7301 or 8797 7306.

PART I HIRING VENUE

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grand Auditorium | <input type="checkbox"/> Small Auditorium | <input type="checkbox"/> Conference Room:
<input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> 2/3Rm <input type="checkbox"/> 1/3Rm |
| <input type="checkbox"/> Orchestra Rehearsal Room | <input type="checkbox"/> Music Room | <input type="checkbox"/> VIP Room |
| <input type="checkbox"/> Multi-purpose Rehearsal Room | <input type="checkbox"/> Dance Studio | <input type="checkbox"/> Art Plaza |
| <input type="checkbox"/> 1/F Foyer | <input type="checkbox"/> Others _____ | |

REQUESTED DATE AND TIME

	Date	Time
Option 1		
Option 2		

PART II EVENT DESCRIPTION

Name of Event : _____
Nature of Event : _____
Event Details : _____

(E.g. theme, title, programmes and name of artists / speakers etc. Please specify the country of origin if there are any artists who are non-Macau residents)

Any sale of admission ticket(s) during this particular event? Yes No

Any merchandise sales during the event? Yes No

If yes, please state the ticket/merchandise price and selling items:

PART III APPLICANT INFORMATION**Individual Application (Please submit proof of Address and present ID card for verification)**

Name in Full : _____
Contact Number : _____
Fax : _____
Address : _____
Email : _____

Organization application (Please submit a copy of organization constitution and registration certificate)

Name of Organization : _____
(registered name)
Nature of Organization : Registered Non-profit-making Charitable Commercial
 Government Department Others: _____
Contact Number : _____
Fax : _____
Address : _____
Email : _____

PART IV CONTACT PERSON INFORMATION (If it is not the same as above)

Name in Full : _____
Contact Number : _____
Fax : _____
Address : _____
Email : _____

Signature & Chop	MCC use ONLY
Name: _____ Title: _____ Date: _____	Name: _____ Title: _____ Date: _____