



# Wolke 14

Stadtteilzentrum Wolkenrasen

**Nutzer**

.....  
.....  
.....

**Anschrift**

Friesenstraße 14  
96515 Sonneberg  
**Telefon** 03675 880-400, -401 o. -402  
**E-Mail** [wolke14@stadt-son.de](mailto:wolke14@stadt-son.de)  
**Bankverbindung**  
DE840547220150000502  
BIC: HELADEF1SON

**Für Rückfragen Tel.-Nr. oder Email:**

.....

## Raumbestellung

**Veranstaltungsart:** .....

**Veranstaltungstermin/e:** .....

**Veranstaltungszeit/en:** .....

**Beginn/Ende der Nutzung:** .....

**Besucherzahl (ca.):** .....

<input type="checkbox"/> Mehrzweckraum 1	<input type="checkbox"/> Mehrzweckraum 2	<input type="checkbox"/> Mehrzweckraum 3
<input type="checkbox"/> Küche mit Geschirr u. Geräten	<input type="checkbox"/> Bestuhlung – Vermieter -	<input type="checkbox"/> Bestuhlung – Mieter -
<input type="checkbox"/> Tontechnik	<input type="checkbox"/> Lichttechnik	<input type="checkbox"/> Leinwand
<input type="checkbox"/> Beamer	<input type="checkbox"/> TV	

**Datum** .....

**Datum** .....

**Mieter** .....

**Vermieter** .....

**Wird vom Stadtteilzentrum „Wolke 14“ ausgefüllt!**

Durchführung der Veranstaltung laut Bestellung	Änderungen	Zusätzliche Kosten
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		