**DOĞU PEDİATRİ DERNEĞİ 1. KISA FİLM YARIŞMASI BAŞVURU FORMU**

|  |
| --- |
| **Yönetmenin Bilgileri** |
| **Adı ve Soyadı:** |  |
| **T.C. Kimlik No:** |  |
| **Özgeçmişi (en fazla 100 kelime):** |  |
| **Yönetmenin İletişim Bilgileri** |
| **Cep telefonu:** |  |
| **E- posta:** |  |
| **Adres:** |  |
| **Yönetmenin Banka Bilgileri** |
| **Banka Adı:** |  |
| **Hesap No:** |  |
| **IBAN:** |  |
| **Eser Bilgileri:** |
| **Filmin ismi:** |  |
| **Sinopsis ( 100 Kelime mak.)** |  |
| **Süresi:** |  |
|  **Daha önce aldığı ödül ve gösterimler** |  |
| **Vimeo veya youtube Link ve şifresi** |  |

**Yarışma Şartnamesini okudum ve tüm koşullarını kabul ediyorum.**

**Eser Sahibinin Adı-Soyadı: İmza:**