


**7-9 listopada 2017 r.**

Hotel Ambasador Premium\*\*\*\* – Łódź

**ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA**

 wypełniony formularz prosimy przesać faksem na nr +48 32 455 31 61  
 lub mailem na adres [kongres@farmacom.com.pl](mailto:kongres@farmacom.com.pl)

Firma

NAZWA FIRMY ZGŁASZAJĄCEJ	NIP
ADRES	
E-MAIL LUB NUMER FAKSU NA KTÓRY NALEŻY ODESŁAĆ POTWIERDZENIE UCZESTNICTWA I FAKTURĘ PRO FORMA	

Uczestnik

IMIE I NAZWISKO	STANOWISKO (niezbędne do identyfikatorów)	TELEFON	E-MAIL

Formy uczestnictwa

**Koszty uczestnictwa przedstawiciela firmy – 1650 zł netto x 1 osobę**
**Dodatkowe formy uczestnictwa :** (właściwie zakreślić)

- Stoisko 2 m<sup>2</sup> + wpis do Katalogu Kongresowego (ilość stoisk ograniczona)  
 Prezentacja 15 min + wpis do Katalogu Kongresowego  
 PAKIET: Prezentacja firmy 15 min + Stoisko 2 m<sup>2</sup>  
 Roll-up w części wystawienniczej  
 Wpis do Katalogu Kongresowego (e-katalog)  
 Reklama w Katalogu Kongresowym (e-katalog)  
 Dystrybucja materiałów reklamowych firmy: ..... (podać rodzaj)  
 Status SPONSORA KONGRESU FARMACEUTYCZNEGO  
 Status PARTNERA KONGRESU FARMACEUTYCZNEGO

faktura w PLN faktura w EUR 
 Temat wystąpienia:.....  
 .....

 Osoba referująca:.....  
 .....

- Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się z warunkami uczestnictwa w 9 KŚPF, organizowanym przez Wydawnictwo Farmacom (warunki uczestnictwa dostępne są na stronie: <http://kongresfarmaceutyczny.pl/strona/regulamin>).  
 - Na podstawie art. 23 ust 1 pkt 1 ustawy z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu uczestnictwa.

 \_\_\_\_\_  
**Podpis i pieczęć zgłaszającego**