

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA DOSTAWCÓW

wypełniony formularz prosimy przesłać faksem na nr +48 32 455 31 61
lub mailem na adres 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 | IMIĘ I NAZWISKO | STANOWISKO (niezbędne do identyfikatorów) | TELEFON | E-MAIL | WYCIECZKA DO FABRYKI NOVARTIS W STRYKOWIE (wpisać TAK lub NIE) |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Koszty uczestnictwa przedstawiciela firmy – 1850 zł netto/ osobę

Dodatkowe formy uczestnictwa : (właściwe zakreślić)

- Stoisko 2 m² + wpis do Katalogu Kongresowego
- Stoisko 4 m² + wpis do Katalogu Kongresowego
- Prezentacja 15 min + wpis do Katalogu Kongresowego
- PAKIET 1: Prezentacja firmy 15 min + Stoisko 2 m²
- PAKIET 2: Prezentacja firmy 15 min + Stoisko 4 m²
- Możliwość wystawienia roll-up'u 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 10. KSPF, 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