



ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA

wypełniony formularz prosimy przesać 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

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

Obligatoryjny koszt uczestnictwa przedstawiciela firmy – 1850 zł netto x 1 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
- 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 10 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