

ЗАЯВКА

на участие в альтернативной спонсорской поддержке

ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ФОРМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА», 1- 2 НОЯБРЯ 2019Г, КРАСНОЯРСК

Просим зарегистрировать
в качестве **Спонсора в
альтернативной поддержке**

	_____	Название компании
Юридический адрес компании	<input type="text"/>	_____
	Индекс	_____
Фактический адрес компании	<input type="text"/>	_____
	Индекс	_____
ФИО контактного лица	_____	
Контактные телефон, факс, e-mail	_____	

ИНФОРМАЦИЯ О КОМПАНИИ (на русском и английском языках)

Название компании	_____
Название компании на бейджах	_____
Страна происхождения	_____
Адрес с индексом	_____
Телефон с кодом страны и города	+7 ()
Факс	+7 ()
E-mail	_____
Web-сайт	_____
логотип в формате EPS или CDR	_____

ВАРИАНТЫ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ СПОНСОРСКОЙ ПОДДЕРЖКИ

Отметить	Название	Цена (руб)	Срок подачи заявки (до)	Уточнение
<input type="checkbox"/>	Сувенирная продукция в количестве не менее 250 шт	42 000	10 октября	
<input type="checkbox"/>	Место в буклете с программой мероприятия на 1 страницу	102 000	10 октября	
<input type="checkbox"/>	Вкладыши – листовки в портфель участника 250 шт	120 000	10 октября	
<input type="checkbox"/>	Спонсор ланч-симпозиума 30 мин	756 000	10 октября	

ЗАЯВКА НА РЕГИСТРАЦИЮ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ КОМПАНИИ

В стоимость пакета входит участие **1 (одного)** зарегистрированного представителя компании (гарантированная регистрация). Дополнительные сотрудники должны быть зарегистрированы отдельно за дополнительную плату. Укажите количество дополнительных сотрудников ниже.

- количество дополнительных представителей компании

Регистрационный взнос за одного дополнительного сотрудника компании составляет (включительно):

- До 31 октября 3 000 рублей
- На месте 3 500 рублей

Цены указаны с учетом НДС – 18%.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ. СРОКИ ПОДАЧИ ЗАЯВОК. СКИДКИ. ЗАВЕРЕНИЯ.

Данной заявкой Компания признает все положения общих условий участия.

Отказ Компании от участия в качестве Спонсора альтернативной поддержки до 9 октября включительно - бесплатно, с 9 октября до 15 октября включительно - взимается 50% стоимости заявленных услуг, при отказе после 15 октября – 100%.

РЕКВИЗИТЫ ПЛАТЕЛЬЩИКА:

Юридическое название плательщика _____
Руководитель организации _____
Должность _____
Основание полномочий (указать) _____
ИНН _____
КПП _____
Наименование банка плательщика _____
БИК _____
Корреспондентский счет _____
Расчетный счет _____

Должность лица, уполномоченного
подписывать договоры

Подпись

ФИО

М.П.

« ____ » _____ 20 19 г.