

ЗАЯВКА

на участие в альтернативной спонсорской поддержке

**ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «ИННОВАЦИОННЫЕ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ И ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ»,
21 - 22 ДЕКАБРЯ 2018г, САНКТ-ПЕТЕРБУРГ**

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

Юридический адрес компании

Название компании

Индекс

Фактический адрес компании

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
	Сувенирная продукция в количестве не менее 250 шт	30 000	29 ноября	
	Место в буклете с программой мероприятия на 1 страницу	90 000	29 ноября	
	Вкладыши – листовки в портфель участника 250 шт	80 000	7 декабря	
	Спонсор ланч-симпозиума 30 мин	700 000	29 ноября	

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 21 декабря 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 27 ноября включительно - бесплатно, с 27 ноября до 7 декабря включительно - взимается 50% стоимости заявленных услуг, при отказе после 7 декабря – 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 18 г.