



نمایشگاه تخصصی تجهیزات پزشکی ، دندانپزشکی، آزمایشگاهی ، بیمارستان سازی ، دارویی ، توریسم سلامت و صنایع وابسته ۲۸ آذرماه لغایت ۱ دیماه – کیش



مدیریت محترم
با سلام

احتراما" به استحضار می رساند شرکت نمایشگاهها وهمایشهای هفتواد با همکاری شرکت سرمایه گذاری و توسعه کیش نمایشگاه تخصصی تجهیزات پزشکی،دندانپزشکی، آزمایشگاهی بیمارستان سازی ،تجهیزات وتاسیسات بیمارستانی وتوریسم سلامت وصنایع وابسته را در تاریخ ۲۸ آذرماه لغایت ۱دیماه در محل دائمی شرکت نمایشگاههای بین المللی کیش برگزار می نماید. لذا از آن شرکت محترم جهت مشارکت در این نمایشگاه دعوت بعمل می آید. خواهشمند است در صورت تمایل به مشارکت در نمایشگاه فرم ذیل را با دقت تکمیل نموده وبه شماره ۳۲۴۴۴۳۸۲-۰۳۴ و یا شماره واتس آپ ۰۹۱۷۷۶۵۷۷۵۸ ارسال نموده وبابا شماره های : ۳۲۴۷۲۹۹۲-۳۲۴۷۲۹۹۱-۰۳۴ تماس حاصل فرمائید.

نام کامل شرکت:		نام مدیرعامل	
فعالیت/ محصولات قابل عرضه		کداقتصادی:	
شماره ثبت:		شناسه ملی:	
تلفن:		ایمیل:	
وب سایت:		آدرس:	
نام رابط:		همراه:	

لطفا " متراژ ومشخصات غرفه موردنیاز را درجدول زیر مشخص فرمایید.

اسپانسری	کتاب نمایشگاه	فضای نمایشگاهی با تجهیزات استاندارد (هرمترمربع)	فضای نمایشگاهی بدون تجهیزات استاندارد (هرمترمربع)	فضای مورد نیاز مترمربع	نوع غرفه
<input type="checkbox"/>	صفحه رنگی داخلی <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ۵/۹۵۰/۰۰۰ ریال	<input type="checkbox"/> ۴/۹۰۰/۰۰۰ ریال		غرفه
<input type="checkbox"/>	صفحه داخلی جلد روی کتاب <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			تبلیغات محیطی
<input type="checkbox"/>	صفحه داخلی پشت جلد <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			رادیو نمایشگاه
<input type="checkbox"/>	پشت جلد <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			تبلیغات سقفی
<input type="checkbox"/>	نوار پایین صفحات <input type="checkbox"/> بک گراند صفحات <input type="checkbox"/>				توضیحات :

به جمع کل اجاره بها غرفه مبلغ ۹٪ مالیات برارزش افزوده اضافه می گردد.

فضای نمایشگاهی با تجهیزات: پانل اطراف، موکت، روشنایی، پریزبرق، کتبیبه ، یک میزو دو صندلی می باشد به ازای هر ۲۴ متر جهت رزرو غرفه وجانمایی ۱۰۰٪ مبلغ متراژ درخواستی را به حساب اعلام شده واریز وفیش مربوطه به همراه فرم ثبت نام وفرم قوانین ومقررات ظرف ۴۸ ساعت ارسال نمائید درغیراینصورت غرفه درخواستی واگذار می گردد.

اینجانب..... مدیرعامل/ نماینده تام الاختیارشرکت فوق با اطلاع از شرایط قوانین جاری وپذیرش آنها بدینوسیله درخواست غرفه با مشخصات تعیین شده در جدول بالادر نمایشگاه را دارم.
ضمنا" مبلغ..... ریال طی فیش واریزی شماره مورخ به شماره حساب ۱-۳۷۰۳۸۸۲-۸۱۰-۹۵۰۲ بانک سامان به نام شرکت نمایشگاهها وهمایشهای هفتواد بابت غرفه واریز نموده که به پیوست ارسال می گردد.

مهر شرکت:

امضا:

تاریخ: