



Targi dla Przemysłu Farmaceutycznego i Kosmetycznego

15 - 16 maja 2019

www.pcidays.pl

ZGŁOSZENIE UDZIAŁU ZAMÓWIENIE POWIERZCHNI WYSTAWIENNICZEJ I ZABUDOWY STOISKA

1

Termin przesyłania zgłoszeń upływa 15 kwietnia 2019r.

Wystawca

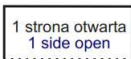
NAZWA PŁATNIKA / WYSTAWCY	NIP
ADRES	
E-MAIL LUB NUMER FAKSU NA KTÓRY NALEŻY ODESŁAĆ POTWIERDZENIE UCZESTNICTWA I FAKTURĘ PRO FORMA	
OSOBA DO KONTAKTU (tel. kom. + e-mail)	

Typ stoiska

PROSZĘ ZAKREŚLIĆ TYP STOISKA

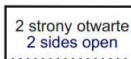
SZEREGOWE

(bez dopłaty)



NAROŻNE

(dopłata 400 zł)



CZOŁOWE

(dopłata 800 zł)



WYSPOWE

(dopłata 1200 zł)



Wielkość stoiska

Proponowane wielkości stoiska

Proponowane wielkości stoiska	Określ ile metrów	Do 30.11.2018 cena za moduł	Od 01.12.2018 cena za moduł	Wybrane moduły
Stoisko 6 m ²		4900 zł netto	5100 zł netto	
Stoisko 9 m ²		7450 zł netto	7650 zł netto	
Stoisko 12 m ²		9300 zł netto	9600 zł netto	
Stoisko 15 m ²		11700 zł netto	12000 zł netto	
Stoisko 18 m ²		14000 zł netto	14400 zł netto	
Stoisko 24 m ²		17600 zł netto	18000 zł netto	
Stoisko 30 m ²		22000 zł netto	22500 zł netto	
Stoisko 36 m ²		26500 zł netto	27000 zł netto	
Stoisko 48 m ²		33000 zł netto	33600 zł netto	
Stoisko 54 m ²		37200 zł netto	37800 zł netto	
Stoisko 72 m ²		49700 zł netto	50400 zł netto	
Przestrzeń wystawiennicza z zabudową własną		650 zł netto / m ²	700 zł netto / m ²	
Dopłata za lokalizację - stoisko NAROŻNE – z 2 stron otwarte		400 zł netto	400 zł netto	
Dopłata za lokalizację - stoisko CZOŁOWE – z 3 stron otwarte		800 zł netto	800 zł netto	
Dopłata za lokalizację - stoisko WYSPOWE – z 4 stron otwarte		1200 zł netto	1200 zł netto	
Obowiązkowa, bezzwrotna opłata rejestracyjna*	XXXXXXX	650 zł netto	650 zł netto	

* **Bezzwrotna opłata rejestracyjna obejmuje:** dostęp do internetu WiFi 4 Mbps dla 1 urządzenia, standardowy wpis do katalogu targowego (450 znaków bez spacji) w wersji polskiej i angielskiej wraz z logotypem i danymi teleadresowymi, wpis na listę wystawców na stronie internetowej Targów, informację o wystawcy w newsletterze promocyjnym Targów, 1 katalog targowy, 30 zaproszeń dla gości targowych, identyfikatory, baner graficzny z zaproszeniem do odwiedzenia stoiska Wystawcy.

Standardowa zabudowa stoiska obejmuje: ściany zewnętrzne stoiska, fryz czołowy, stolik i 3 krzesła, 1 punkt świetlny na każde pełne 3 m² zamówionej powierzchni, hoker i ladę wystawową 1,0 m x 0,5 m o wysokości 1,0 m, gniazdko elektryczne (2 kW) 230 V, kosz na śmieci, wykładzinę w obrębie stoiska.

Rezygnacja z części wyposażenia standardowego nie powoduje zmniejszenia ceny.

* VAT nie dotyczy usług organizacji targów i wystaw dla podatników mających siedzibę lub stałe miejsce zamieszkania poza Polską.

Razem netto	
+ 23%VAT *	
Razem brutto	

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem i Warunkami Uczestnictwa dla uczestników Targów i akceptuję warunki w nim zawarte.

UWAGA:
Brak pieczęci i podpisu
uniemożliwia realizację zamówienia!!!

Pieczęć firmy

Data i czytelny podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy

Wypełniony formularz prosimy odesłać faksem pod numer **+48 (32) 455-31-61** lub e-mailem pod adres: targi@pcidays.pl



Targi dla Przemysłu Farmaceutycznego i Kosmetycznego

15 - 16 maja 2019

www.pcidays.pl

WARUNKI PŁATNOŚCI

Termin przesyłania zgłoszeń upływa 15 kwietnia 2019r.

1A

Wystawca

PEŁNA NAZWA FIRMY / WYSTAWCY	NR STOISKA
OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA STOISKO (IMIĘ, NAZWISKO, TELEFON, E-MAIL)	

Warunki płatności

Akceptujemy warunki określone w Regulaminie Targów i Warunkach Uczestnictwa w Targach PCI DAYS 2019 oraz zobowiązujemy się do wniesienia opłaty rejestracyjnej oraz opłat za wszelkie zamówienia Wystawcy. Warunkiem objęcia stoiska jest pełne uregulowanie należności, wynikających z tego zamówienia, dokonane przelewem w terminie określonym w fakturze proforma na konto Wydawnictwa FARMACOM z dopiskiem – „PCI Days 2019”:
 Rachunek bankowy w PLN nr: **PL73 1050 1344 1000 0090 8033 0872**
 Rachunek bankowy w EUR nr: **PL95 1050 1344 1000 0090 8033 0864** Kod BIC Swift: INGBPLPW
 Warunki finansowe zawarte w powyższym dokumencie są objęte klauzulą poufności wiążącą Wystawcę. Klauzula poufności obowiązuje Wystawcę przez okres 3 lat od daty przesłania w/w zgłoszenia do Wydawnictwa FARMACOM

Płatnik - nie wystawca

PŁATNOŚĆ – PROSIMY O WYPEŁNIENIE, JEŻELI PŁATNIKIEM NIE JEST WYSTAWCA

PEŁNA NAZWA FIRMY DO FAKTURY	NIP / EU VAT
PEŁNY ADRES DO FAKTURY	
PEŁNY ADRES DO KORESPONDENCJI	
OSOBA DO KONTAKTU (tel. kom. + e-mail)	
NR KRS / EWIDENCJI PRZEDSIĘBIORCÓW	
DATA NADANIA	ZAREJESTROWANA W

Wypełniając niniejszy formularz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie wskazanym w niniejszym formularzu w celu obsługi ww. zapytania oraz w celach archiwizacyjnych przez Wydawnictwo FARMACOM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. k. z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim, ul. św. Jana 16, 44-300 Wodzisław Śląski, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Gliwic, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000720784, kapitał zakładowy 10000 zł, NIP: 6472581881 jako Administratora Danych Osobowych. Jestem świadoma/y dobrowolności podania danych osobowych oraz przysługującego mi prawa dostępu do treści danych osobowych i ich poprawiania lub usunięcia.

Ponadto, wyrażam zgodę na:

- przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie wskazanym w niniejszym formularzu przez Wydawnictwo FARMACOM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. k. jako Administratora Danych Osobowych, w celu realizacji działań marketingowych i promocyjnych.
- otrzymywania informacji handlowych od Wydawnictwa FARMACOM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. k. za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
- wykorzystanie przez Wydawnictwo FARMACOM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. k., używanych przeze mnie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych (np. komputer, telefon, tablet i inne) w rozumieniu ustawy Prawo telekomunikacyjne w celu przekazywania mi informacji marketingowych Wydawnictwa FARMACOM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. k.

Oświadczam, że zapoznałem/lam się z Regulaminem i Warunkami Uczestnictwa dla uczestników Targów i akceptuję warunki w nim zawarte.

UWAGA:
Brak pieczęci i podpisu
uniemożliwia realizację zamówienia!!!

.....
Pieczęć firmy

.....
Data i czytelny podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy

Wypełniony formularz prosimy odesłać faksem pod numer **+48 (32) 455-31-61** lub e-mailem pod adres: targi@pcidays.pl



Targi dla Przemysłu Farmaceutycznego i Kosmetycznego

15 - 16 maja 2019

www.pcidays.pl

**PODSUMOWANIE ZAMÓWIENIA
WARTOŚCI POSZCZEGÓLNYCH CZĘŚCI SKŁADOWYCH ZGŁOSZENIA**

1B

Termin przesyłania zgłoszeń upływa 15 kwietnia 2019r.

Wystawca

PEŁNA NAZWA FIRMY / WYSTAWCY	NR STOISKA
OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA STOISKO (IMIĘ, NAZWISKO, TELEFON, E-MAIL)	

Podsumowanie zamówienia

ZAMÓWIENIE OBEJMUJE	WARTOŚĆ netto PLN
Wartość zlecenia z Formularza 1	
Wartość zlecenia z Formularza 2	
Wartość zlecenia z Formularza 3	
Wartość zlecenia z Formularza 4	
Wartość zlecenia z Formularza 6	
Wartość zlecenia z Formularza 7	
Wartość zlecenia z Formularza 9 + 9A + 9B	
Wartość zlecenia z Formularza 10A + 10B + 10C + 10D + 10E + 10F + 10G	
Wartość zlecenia z Formularza 11	
Wartość zlecenia z Formularza 12	
Wartość zlecenia z Formularza 13 + 13A + 13B + 13C	
Inne zamówienia.....	
RAZEM:	
KWOTA PODATKU VAT (23% od pozycji RAZEM)	
OGÓŁEM DO ZAPŁATY (suma pozycji RAZEM i KWOTY PODATKU VAT):	

Oświadczam, że zapoznałem/lam się z Regulaminem i Warunkami Uczestnictwa dla uczestników Targów i akceptuję warunki w nim zawarte.

UWAGA:
Brak pieczęci i podpisu
uniemożliwia realizację zamówienia!!!

.....
Pieczęć firmy

.....
Data i czytelny podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania firmy

Wypełniony formularz prosimy odesłać faksem pod numer **+48 (32) 455-31-61** lub e-mailem pod adres: targi@pcidays.pl