فرم قرارداد و ثبت نام

پنجمین نمایشگاه تخصصی تجهیزات پزشکی و دارویی و بیمارستانی و ازمایشگاهی و ورزشی به همراه آرایشی و بهداشتی (ایران – اردبیل)

زمان : ۱۵ الی ۱۹ مرداد ماه ۱۴۰۳ مکان : نمایشگاه بین المللی اردبیل

هزینه هر متر مربع غرفه در فضای باز جهت مشارکت در این نمایشگاه از قرار هر متر مربع ۶/۵۰۰/۰۰۰ ریال به حساب شبا ۴۷۰۶۴۰۱۴۵۱۷۰۰۰۰۸۲۰۶۷۹۰۰۱ و شماره کارت ۵۰۵۴۱۶۱۰۱۵۴۸۴۳۰۰ بنام کیارش حمید پور زارع جهت واریز مبالغ می باشد .

نام شرکت یا غرفه : .....

نام مدیر عامل یا مسئول غرفه :.....

عنوان نمایشگاهی که در آن شرکت نموده ام :.....

نوع کالاهایی که در نمایشگاه عرضه خواهم نمود . .....

تلفن :..... فاکس :.....

تلفن همراه :..... ایمیل :.....

آدرس کامل :.....

نوع سرکتیبه غرفه :.....

متراژ درخواستی :..... تجهیزات درخواستی :.....

هزینه عرفه با احتساب متراژ درخواستی..... ریال با احتساب ۱۰٪ ارزش افزوده جمعاً به مبلغ .....

مورد توافق اینجانب :..... مدیر عامل شرکت / مسئول غرفه .....

بوده که مبلغ فوق را طی فیش / چک شماره ..... تسویه حساب نموده و کلیه قوانین و مقررات و شرایط اعلام شده را قبول داشته و هرگونه ادعای بعدی از طرف اینجانب مردود بوده و موارد فوق را با امضاء خود تایید می نمایم.

توضیحات:.....

.....

امضاء

آدرس: اردبیل ، خیابان سیمتری ، خیابان طالقانی ، بن بست رجبعلیزاده ، کد پستی ۵۶۱۴۶۳۳۹۱۹

تلفن های ستاد اجرایی ثبت نام : ۳۰– ۳۳۳۶۷۱۲۴–۰۴۵ همراه : ۰۹۱۴۱۵۹۲۹۹۰ Email:a.artavil@yahoo.com