**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA FIRM**

XXI SYMPOZJUM NAUKOWO-SZKOLENIOWE Postępy w Alergologii i Pneumonologii

www.symposium.pl/alerg

4-6 listopada 2015, Opera Krakowska, ul. Lubicz 48 w Krakowie

Prosimy wypełnić drukowanymi literami i odesłać na adres:

Symposium Cracoviense, ul. Krupnicza 3, 31-123 Kraków

tel. +48 12 4227600 fax +48 12 4213857 e-mail: **alerg@symposium.pl**

 Konto bankowe: Alior Bank S.A Oddział w Krakowie ul. Karmelicka 28, 31-128 Kraków

77 2490 0005 0000 4530 9032 2768

1. Nazwa Firmy ..........................................................................................................................................
2. Adres ................................................................................................................................................................
3. - ………………………… NIP .............................................................

tel. .......................... fax ................................. e-mail:....................................

1. Rodzaj sponsoringu:

⁪ Diamentowy Sponsor – koszt 260.000 PLN + 23 %VAT (1 sponsor)

⁪ Złoty Sponsor – koszt 200.000 PLN + VAT (2-5 sponsorów)

⁪ Srebrny Sponsor – koszt 150.000 PLN + VAT (2-5 sponsorów)

⁪ Brązowy Sponsor – koszt 120.000 PLN + VAT (2-5 sponsorów)

1. Opłata uczestnictwa Przedstawiciela Firmy w Sympozjum

 ⁪ 650 PLN –wpłata do 30.06.15 ⁪ 750 PLN wpłata po 30.06.15

 Firma będzie reprezentowana przez ................. przedstawicieli. Nazwiska osób:

 ..........................................................................................................................................

 ..........................................................................................................................................

1. Reklama w programie Sympozjum
* cała strona – 4.000 PLN +23% VAT
* pół strony – 2.000 PLN + 23% VAT
1. Insert materiałów reklamowych do teczek konferencyjnych
* 2 strony A4 – 4. 000 PLN + 23% VAT
* 4 strony A4 – 6.000 PLN + 23% VAT
1. Powierzchnia wystawiennicza 2500 PLN +23% VAT/1 m2.

 ⁪ Rezerwuję .......... m. kw powierzchni wystawowej dla Firmy

 Sugerowana powierzchnia: głębokość stoiska: …… długość:……. wysokość:…

1. Osoba upoważniona do kontaktów z Komitetem Naukowo-Organizacyjnym i Biurem Organizacyjnym:

 ......................................................................................................................................................................

 Kontakt w sprawach programu naukowego:

Prof. dr hab. med. Ryszard Kurzawa Przewodniczący Komitetu Naukowo-Organizacyjnego - 0600374648

 Mgr Krystyna Szarawarska Sekretarz Konferencji – 0600374657

 Uwagi: .............................................................................................................................

 Data......................................... ...............................................................................

 Podpis osoby zgłaszającej

**FORMULARZ HOTELOWY DLA FIRM**

XXI SYMPOZJUM NAUKOWO-SZKOLENIOWE Postępy w Alergologii i Pneumonologii

www.symposium.pl/alerg

4-6 listopada 2015, Opera Krakowska, ul. Lubicz 48 w Krakowie

Prosimy wypełnić drukowanymi literami i odesłać na adres:

Symposium Cracoviense, ul. Krupnicza 3, 31-123 Kraków

tel. +48 12 4227600 fax +48 12 4213857 e-mail: **alerg@symposium.pl**

 Konto bankowe: Alior Bank S.A Oddział w Krakowie ul. Karmelicka 28, 31-128 Kraków

77 2490 0005 0000 4530 9032 2768

1. Nazwa Firmy ...........................................................................................................................................

2. Adres ................................................................................................................................................................

3. - ………………………… NIP .............................................................

tel. .......................... fax ................................. e-mail:....................................

4. Zamawiamy noclegi (proszę zaznaczyć wybrany hotel i rodzaj pokoju)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hotel **Chopin \*\*\***ul. Przy Rondzie 2 | pokój 1-osobowy Superior | 260 PLN +23% VAT |  |
|  | pokój 2-osobowy Superior | 300 PLN +23% VAT |  |
| **Hotel PURO** \*\*\*\*ul. Ogrodowa 10 | pokój 1-osobowy 270 PLN +23% VAT |  |
|  |
| Hotel **Andels \*\*\*\***ul. Pawia 3 | pokój 1-osobowy | 450 PLN +23% VAT |  |
|  | pokój 2-osobowy | 510 PLN +23% VAT |  |

Zamawiam noclegi w terminie od: ..................................... do ........................................

Ilość pokoi: sgl: …………………………………………………………………………

Ilość pokoi twin: ………………………………………………………………………..

Uwagi : .............................................................................................................................

 Data......................................... ...............................................................................

 Podpis osoby zgłaszającej