

附件 2:

第九届医博会参展申请表

(请用正楷填写, 加盖单位公章扫描后发送至组委会电子邮箱:info@cim-expo.com)

公司名称	中文						
	英文						
通讯地址					邮编		
联系人		电话		手机		传真	
电子邮箱				网址			
展品内容							
展示目的							
类别	规格					费用	
现场展位	特装展位 (36 m ² 起)	<input type="checkbox"/> _____ 平方米 展位号: _____					
	标准展位 (9 m ²) (3m×3m)	<input type="checkbox"/> _____ 个 展位号: _____					
会刊广告	<input type="checkbox"/> 封面 (12000 元)		<input type="checkbox"/> 封二 (8000 元)		<input type="checkbox"/> 封三 (6000 元)		
	<input type="checkbox"/> 封底 (10000 元)		<input type="checkbox"/> 彩色内页 (3000 元)				
其他广告	<input type="checkbox"/> 充气拱门 25 米 (8000 元/展期)		<input type="checkbox"/> 空飘气球 (4000 元/展期)				
	<input type="checkbox"/> 户外大型广告牌 15,000 元/个/展期		<input type="checkbox"/> 条幅 (2000 元/展期)				
	<input type="checkbox"/> 手拎袋 (10000 元/2 千个)		<input type="checkbox"/> 参观券 (10000 元/5 万张)		<input type="checkbox"/> 参观证 (10000 元/1 万张)		
合计							
付款	以上费用合计 _____ 元, 经组委会确认后, 我公司将于 _____ 月 _____ 日前将上述款项汇至下列专用账户 收款单位: 江苏贸促国际会展有限公司 开户银行: 南京银行鸿信大厦支行 账 号: 088760201021886654						
参展商授权签名:				中国 (泰州) 国际医药博览会组委会			
参展单位公章:							
_____ 年 _____ 月 _____ 日				_____ 年 _____ 月 _____ 日			
其他事项:							
1. 请随表附上贵企业中英文电子版简介 (各 200 字以内), 发送至组委会电子邮箱: info@cim-expo.com							
2. 上述广告费用一经确定后, 参展商需在 7 日内向组委会付清所有费用 (电汇或交至组委会)							
3. 请详细填写展示内容, 如有超出所列展示内容的展品进入展馆, 组委会有权没收或清出展馆							