**2024第五届广东省医院建设创新大会**

**参展申请表（展位预定合同）**

**时间：2024年5月31日-6月2日　 地址：广州保利世贸博览馆**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** | | **中文 :** | | | |
| **英文 :** | | | |
| 地 址： | | | | | |
| 展会负责人： | | | 职务： | | 手机： |
| 电 话： | | | 传真： | |  |
| 邮 编： | | | 网址： | | |
| 主 要 产 品： | | | | | |
| 目 标 客 户： | | | | | |
| **租**  **用** | □标准展位9㎡（3mX3m） 展位号 费用 元整 | | | | |
| □豪华展位 m X m= ㎡ 展位号 费用 元整 | | | | |
| □室内光地 m X m= ㎡ 展位号 费用 元整 | | | | |
| □入 场 券： 张/广告费 □会刊版面： 认刊费 | | | | |
| □论坛演讲： 分钟 费用 元整 | | | | |
| 费用总额 | | （大写） | | （小写）￥: 元整 | |
| 收款单位 | | 广州利兴展览策划有限公司 | | | |
| 帐 号 | | 3602 1172 0910 0164 995 | | | |
| 开 户 行 | | 中国工商银行广州琶洲支行 | | | |
| 联系电话 | |  | | | |
| 1、参展单位需在我司给予展位确认后5个工作日内将展位费用汇入我司帐号，否则展位不予保留。  2、参展单位申请展位经我司盖章确认后即被认为正式参展，参展方在合同签订后取消参展的，主办方有权索赔参展费用（注：为保证大会整体布局效果组委会有权调动个别展位）展品要求符合展览会规定的展出范围，严禁假冒伪劣和侵犯知识产权的产品参展，否则将被请退出展馆，且展位费用不予退还。  3、特装展位需在展会开幕前一个月向主场搭建商申请电箱，报备图纸审批流程。  4、展位费用全款办理的参展企业，请及时提供付款方全称，收款方给予开具等额发票。 | | | | | |

**单位认可参展细则， 并保证支付各项参展费用，服从大会统一安排。**

**参展单位： 主办方：**广州利兴展览策划有限公司

（加盖公章） （加盖公章）

2023年 月 日 2023年 月 日