**2019 InterCare Asia**

**亞洲國際老年殘疾醫療保健展 報名表**

**業務代表：**

 AVANZA International Inc將以電子郵件寄發通知函，請務必填寫正確之電子郵件地址。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 統一編號 | (必填) | 網　址 |  | | |
| **公司全銜** | (中文) | | | | |
| (英文) | | | | |
| **負 責 人** | (中文) | (英文) | | | |
| **公司地址** | (中文) | | | | |
| (英文) | | | | |
| **電　　話** |  | **傳　真** |  | | |
| **聯 絡 人** |  | **職　稱** |  | | |
| **電　　話** |  | email |  | | |
| **參 展**  **聯 絡 人** | (中文) | (英文) | | | |
| **職　　稱** | (中文) | (英文) | | | |
| 手 機 |  | email |  | | |
| 申請項目 | 需求數量 個展示單位 | | | 轉 角 | □是　□否 |
| **展品名稱** | (中/英文) | | | | |
| 展位價格及 **配備** | 價格： **9平方米標準攤位，USD 2438（未稅）**    **標準攤位配備：基本牆板、公司招牌版、日光燈\*2、插座\*1 (5 amp)、諮詢桌\*1、椅子\*2、垃圾桶\*1** | | | | |
| 注意事項及繳款方式 | 1. 填寫基本資料前務必確認欲報名之展覽名稱是否正確，簽名及用印後提交報名表單 2. 報名參展商請確實填寫展示單位之需求數量或面積 3. 報名費用繳交：收到請款單後於15日內或於請款單上期限內完成匯款才算報名完成 4. 匯款時請於單上備註欲參加之展覽名稱，如「2019亞洲國際老年殘疾醫療保健展」，並將「匯款水單」回傳至(04)2313-3159 5. AVANZA International Inc為此展覽之台灣代理公司，僅提供展覽相關服務，款項及INVOICE一律由國外展方收付及開立。 | | | | |

**本公司已詳讀並同意依照「2019 亞洲國際老年殘疾醫療保健展 」各項規定參加，如有違反規定情事，本公司願負相關法律責任。　此致AVANZA International Inc**

**公司印鑑章： 負責人印鑑章：**

**填 表 人： 日　　　　期：**

第一聯：正本（請交回AVANZA International Inc<股>）　　　　　　　　　　 　　　　第二聯：副本（參展單位收執）