



Expo Mazury S.A. Centrum Targowo-Konferencyjne Warmii i Mazur
ul. Grunwaldzka 55, 14-100 Ostróda, Adres do korespondencji:
Organizator Targów: Expo Mazury S.A ul. Grunwaldzka 55, 14-100 Ostróda,
NIP: 8392767573, KRS:351537
Sąd Rejonowy w Olsztynie VIII Wydział Gospodarczy KRS,
Kapitał zakładowy 96.928.000,00 zł opłacony w całości
Konto: 06 2490 0005 0000 4530 4883 9280

Formularz zgłoszenia współwystawcy/-ów
Targi Pro Defense, 01-04.06.2017 r.
nazwa i termin targów

WYSTAWCA Prosimy wypełnić zgodnie z danymi wpisanym do właściwego rejestru (Krajowy Rejestr Sądowy lub Ewidencja Działalności Gospodarczej).					
Pełna nazwa Wystawcy:					
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Ulica:	nr budynku:	nr lokalu:	Kraj:
e-mail:		Tel:		Fax:	
Czy Wystawca jest płatnikiem VAT: TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Nr NIP:	Nr KRS:		Nr ewidencji działalności gospodarczej:	
Adres do korespondencji, jeśli inny niż podany wyżej:					

Wnioskujemy o wyrażenie zgody na udostępnienie zamówionej przez nas powierzchni wystawienniczej niżej wymienionym firmom (współwystawcom). Firmy te będą wystawiać własne eksponaty i przy udziale własnego personelu.

WSPÓŁWYSTAWCA Prosimy wypełnić zgodnie z danymi wpisanym do właściwego rejestru (Krajowy Rejestr Sądowy lub Ewidencja Działalności Gospodarczej).					
Pełna nazwa Wystawcy:					
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Ulica:	nr budynku:	nr lokalu:	Kraj:
e-mail:		Tel:		Fax:	
Czy Wystawca jest płatnikiem VAT: TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Nr NIP:	Nr KRS:		Nr ewidencji działalności gospodarczej:	
Adres do korespondencji, jeśli inny niż podany wyżej: p					

OPŁATA REJESTRACYJNA ZA ZGŁOSZENIE JEDNEGO WSPÓŁWYSTAWCY (NETTO)Zł

WSPÓŁWYSTAWCA Prosimy wypełnić zgodnie z danymi wpisanym do właściwego rejestru (Krajowy Rejestr Sądowy lub Ewidencja Działalności Gospodarczej).					
Pełna nazwa Wystawcy:					
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Ulica:	nr budynku:	nr lokalu:	Kraj:
e-mail:		Tel:		Fax:	
Czy Wystawca jest płatnikiem VAT: TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Nr NIP:	Nr KRS:		Nr ewidencji działalności gospodarczej:	
Adres do korespondencji, jeśli inny niż podany wyżej: p					

OPŁATA REJESTRACYJNA ZA ZGŁOSZENIE JEDNEGO WSPÓŁWYSTAWCY (NETTO)Zł

WSPÓŁWYSTAWCA Prosimy wypełnić zgodnie z danymi wpisanym do właściwego rejestru (Krajowy Rejestr Sądowy lub Ewidencja Działalności Gospodarczej).					
---	--	--	--	--	--

Pełna nazwa Wystawcy:					
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Ulica:	nr budynku:	nr lokalu:	Kraj:
e-mail:		Tel:		Fax:	
Czy Wystawca jest płatnikiem VAT: TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		Nr NIP:	Nr KRS:	Nr ewidencji działalności gospodarczej:	
Adres do korespondencji, jeśli inny niż podany wyżej:					
OPŁATA REJESTRACYJNA ZA ZGŁOSZENIE JEDNEGO WSPÓŁWYSTAWCY (NETTO)				Zł
RAZEM NETTO				Zł

Data, miejsce, pieczęć Zamawiającego	Podpis Zamawiającego
---	-----------------------------