

4. simpozij Hrvatske udruge kardioloških medicinskih sestara 09. – 11. studeni 2017. – Trakošćan, hotel Trakošćan

Molim Vas ispunjenu prijavu poslati na :
"SPEKTAR PUTOVANJA" d.o.o.
Tkalčićeva 15
10 000 Zagreb, Croatia
Phone: +385 1 4862 605 Fax: +385 1 4862 622
E-mail: ana.hadjic@spektar-holidays.hr

OBRAZAC ZA SPONZORE

NAZIV TVRTKE I KONTAKT

Molim označite za koju vrstu sponzoriranja ste zainteresirani

Tvrtka:
Kontakt osoba:
OIB:
Adresa:
Poštanski broj i grad:
Telefon:
Fax:
E-mail:

IZLAGAČKI PROSTOR

Minimum 2 m² (u cijenu prostora uključena je 1 izlagačka kotizacija)

Cijena izlagačkog prostora	3.000,00 kn + pdv za m ²
Molim vas označite veličinu izlagačkog prostora _____ m ²	Ukupna cijena: _____

OGLAŠAVANJE

Napomena: glavni sponzor ima pravo prvenstva u oglašavanju

Oglašavanje u završnom programu	Cijene oglasa
• Oglas u boji u tekstu	• 3.000,00 kn + pdv

SPONZORIRANJE DRUŠTVENIH DOGAĐANJA

• Pauze za kavu	• 6.500,00 kn
• Radni ručkovi	• 30.000,00 kn
• Zajedničko druženje	• 40.000,00 kn

PROMIDŽBENI MATERIJALI

Cijena	3.000,00 kn + pdv
Promidžbeni materijali sa ciljanom distribucijom biti će dostavljeni svim sudionicima u kongresne torbe. Mogu biti u obliku oglasa i malih brošura od maximum 4 stranice, blokova i olovaka s logom vaše firme itd.	Ukupna cijena: _____

NAČIN PLAĆANJA

Plaćanje izvršiti u kunama u korist
agencije "Spektar Putovanja"
d.o.o.
sa naznakom: "4. simpozij Hrvatske udruge kardioloških medicinskih sestara"
Poziv na broj 267/003/2017

Bankovna uplata	Kreditna kartica
Spektar Putovanja d.o.o. ZAGREBACKA BANKA ZAGREB IBAN: HR 392360000101441264 Kopiju uplate obvezo poslati na fax agencije Spektar putovanja. Fax: +385 1 4862 622 Email: ana.hadjic@spektar-holidays.hr	<input type="checkbox"/> American Express, <input type="checkbox"/> Diners, <input type="checkbox"/> Eurocard/Mastercard, <input type="checkbox"/> Visa Broj kreditne kartice _____ Vrijedi do: _____ CVV # _____ Autorizacija: potpisom ovlašćujem Spektar Putovanja d.o.o. da može zadužiti ovu kreditnu karticu za cjelokupan iznos troškova. Ime na koje glasi CC _____ Vlastoručni potpis _____ Datum _____