****

组委会地址：上海市莘砖公路668号漕河泾开发区双子楼A座10层医疗事业部03室 邮编：201199

电话：021-51987165转808 传真：021-64126798 联系人： 王耀 18821257305  
网址：www.dentalfair.cn

1、企业预定展位不经组委会确认一律不得转让或出售，否则将取消展位，款项概不退还。

2、 展台位置分配原则：先申请、先付款、先安排;

3、为服从总体布局，承办单位有权在必要时对个别展位位置进行调整；

4、除非申请单位不获主办单位接纳，否则已交展位费概不退还；

5、参展申请合同经双方签字盖章确认生效，本合同传真、扫描都具有法律责任。



请将本函第一页填写完整、签字、盖章后

1. 传真至 021-64126798

2.扫描，发邮件至 cmehfai@hotmail.com

公司名称： 如楣板字与公司名称不同，请在其他服务中标明！

地 址： 邮编：

联系人： 职位： 电话： 手机： 传真：

网址： E-mail:

展示产品: 目标客户对象/目标买家：

**展位（深圳国际口腔设备材料展览会相关服务）确认表**

展位号为：

展位面积： □特装区展位（光地）：规格： 米x 米，总面积 平方米，价格 元。

□豪华展位（3米x3米）：数量 个，总面积 平方米，价格 元。

□标准展位（3米x3米）：数量 个，总面积 平方米，价格 元。

另外，会刊文字简介（200字）发送至组委会指定邮箱：cmehfair@hotmail.com （截止日期：2019年12月10日）

会刊广告：□ 彩色 版（设计规格140毫米x210毫米/单页，分辨率300以上）, 价格 元，备注：

□技术讲座： 场/费 用 时间：

备 注：

参展总费用合计人民币 元，大写： 万 仟 佰 拾 元 角 分

注：边角加收20%费用，请于合约签订日起3日内将参展费用50%或全款汇入指定帐户；余款11月1日前付清否则组委会有权对该展位进行调动，请详细阅读 .

**付款账号：**

**收款单位：上海百圆会展服务中心 账 号: 03416900040035912**

**开 户 行: 中国农业银行股份有限公司上海水清南路支行**

参展单位签字（盖章） 组委会签字（盖章）

时间： 年 月 日 时间： 年 月 日