

Bitte **per Fax +49 (0)30-49 85 50-30** oder senden an:

Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit  
c/o Agentur WOK GmbH  
Ausstellungsmanagement  
Palisadenstraße 48 | 10243 Berlin

**ausstellungsforum@hauptstadtkongress.de**



# HAUPTSTADT KONGRESS 2018

**MEDIZIN UND GESUNDHEIT**  
6.-8. JUNI 2018 - CITYCUBE BERLIN

Dieses Formular muss in jedem Fall ausgefüllt werden!

## Pflichtformular

Die Basisdaten Firma, Straße, PLZ und Ort werden automatisch und kostenfrei in das Ausstellerverzeichnis übernommen.

### Angaben zur Institution

Firma (bitte Rechtsform angeben) \_\_\_\_\_

Anschrift, PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon zentral \_\_\_\_\_ Telefax zentral \_\_\_\_\_

Webseite \_\_\_\_\_ E-Mail zentral \_\_\_\_\_

Herr       Frau

Ansprechpartner/in      Funktion      Telefon persönlich      E-Mail persönlich

### Rechnungsanschrift (falls von der Firmenanschrift abweichend)

Firma (bitte Rechtsform angeben) \_\_\_\_\_

Anschrift, PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Herr       Frau

Ansprechpartner/in      Funktion      Telefon persönlich      E-Mail persönlich

### Firmierung für das Ausstellerverzeichnis (falls von der Firmenanschrift abweichend)

Firma \_\_\_\_\_

Anschrift, PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Webseite \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Firmenstempel \_\_\_\_\_ Datum/rechtsverbindliche Unterschrift \_\_\_\_\_

*Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Hauptstadtkongresses 2018 und der Messe Berlin GmbH erkenne ich mit meiner Unterschrift an.*