****

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：021-31078232 传真：021-31078229 联系人：杨浩 18964878976

网址：www.szmedexpo.com

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。

6、CMEH医疗器械展，需使用展馆指定搭建商进行展位搭建。



请将本函第一页填写完整、签字、盖章后

1. 传真至 021-31078232

2.扫描，发邮件至 515616785@qq.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（深圳国际医疗展相关服务）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。

□标准展位（3米x3米）：数量 个，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。

□形象展位（3米x3米）：数量 个，总面积 平方米，价格 元。

□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 零 元 零 角 零 分

注：请于合约签订日起3日内将参展费用汇入指定帐户，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：深圳聚亿展览服务有限公司 账 号: 744575474205**

**开 户 行: 中国银行股份有限公司深圳时代金融中心支行**

参展单位签字（盖章） 组委会签字（盖章）

时间： 年 月 日 时间：2025 年 月 日