

<b>Organizator:</b>		STOWARZYSZENIE UNIA UZDROWISK POLSKICH Aleja 1000-lecia 2/6 57-320 Polanica-Zdrój tel. 667 914 349 e-mail: uup@suup.pl	
<b>Uczestnik Kongresu (Wystawca):</b>			
<b>Nazwa firmy (prosimy o podanie dokładnych danych do faktury):</b>			
<b>NIP:</b>			
<b>Adres do korespondencji:</b>			
<b>Telefon:</b>	<b>Fax:</b>	<b>E-mail:</b>	
<b>Osoba odpowiedzialna na stoisku:</b>		<b>Tel. kom.:</b>	
<b>Zgłaszam udział w Kongresie jako wystawca i zamawiam powierzchnię wystawienniczą o wymiarach ponadstandardowych (2mx1m)*:</b>		<b>Długość (cm):</b>	<b>Szerokość (cm):</b>
<b>Prosimy szczegółowo opisać rodzaj eksponatów (asortymentu) prezentowanych na stoisku.</b>			
<b>RYSUNEK POGLĄDOWY STOISKA – prosimy naszkicować kształt stoiska, określić długości poszczególnych boków oraz zaznaczyć front stoiska</b>			
<b>Dodatkowe uwagi:</b>			
<b>Ilość zgłaszanych osób:</b>			
<b>Imię i nazwisko uczestnika, stanowisko służbowe:</b>			
<b>Imię i nazwisko uczestnika, stanowisko służbowe:</b>			
<b>Imię i nazwisko uczestnika, stanowisko służbowe:</b>			
<b>Rodzaj zakwaterowania (pokój jednoosobowy/pokój dwuosobowy)</b>			
<b>Imię i nazwisko osoby upoważnionej:</b>			
<b>Data wypełnienia formularza:</b>			

czytelny podpis

pieczętka uczestnika

<b>Termin nadsyłania zgłoszeń upływa w dniu:</b>	<b>31 lipca 2017 roku</b>
Wypełniony i podpisany formularz należy dostarczyć do organizatora w formie zeskanowanej na adres e-mail lub przesłać listem poleconym na poniższy adres. Za datę dostarczenia zgłoszenia uważa się datę wpłynięcia do organizatora prawidłowo wypełnionego i podpisanego formularza.	
<b>Ilość miejsc jest ograniczona.</b>	

<b>Adres do korespondencji:</b>	STOWRZYSZENIE UNIA UZDROWISK POLSKICH Aleja 1000-lecia 2/6 57-320 Polanica-Zdrój
Proszę zaznaczyć preferowaną formę otrzymania zwrotnego potwierdzenia przyjęcia zgłoszenia:	<input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> poczta

**Koszty uczestnictwa w Kongresie wynoszą:**

**- 790 zł od osoby**

**(istnieje możliwość zakwaterowania w pokoju 1-osobowym za dodatkową opłatą w wysokości 100,00 zł)**

**i obejmują:**

- noclegi w pokoju 2-osobowym – (05/06.10, 06/07.10),
- wyżywienie: 2 x śniadanie; 2x obiad (w dniach 06 i 07.10.17), udział w biesiadzie plenerowej w dniu 05.10.2017r. oraz uroczystym bankiecie w dniu 06.10.2017r.,
- 3 przerwy kawowe,
- stoisko wystawiennicze o standardowym wymiarze 2x1m.

**OFERTA DODATKOWA:**

Istnieje możliwość:

- 1) \* powiększenia stoiska wystawienniczego o dowolny wymiar za dodatkową dopłatą 50zł za metr kwadratowy
- 2) \*\* przedłużenia pobytu do dnia 08 października 2017r., po uprzednim zgłoszeniu takiej informacji u organizatorów. Koszty przedłużenia pobytu ponosi uczestnik Kongresu.

proszę o przedłużenie pobytu do dnia 8 października dla ..... osoby/osób\*\*\*

- 3) \*\* wyrażam chęć skorzystania z **WYCIECZKI** w dniu 7 października 2017 r.

wycieczka do Bardejowa (zwiedzanie miasta) oraz Bardejowskich Kupeli na Słowacji:  
koszt: 55 zł/osobę, dla ..... osoby/osób\*\*\*

wycieczka do Miasteczka Galicyjskiego w Nowym Sączu:  
koszt: 35 zł/osobę, dla ..... osoby/osób\*\*\*

\*\* - zaznacz właściwe.

\*\*\* - właściwe podkreślić.

Organizator zastrzega sobie możliwość odwołania wycieczki w przypadku nie zebrania odpowiedniej liczby uczestników, o czym natychmiast poinformuje drogą mailową. W wypadku odwołania wycieczki wpłacone środki zostaną bezzwłocznie zwrócone na konto wpłacających.

<b>Potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia</b>	
Data przyjęcia zgłoszenia:	

Podpis i pieczętka organizatora

Pełną kwotę uczestnictwa prosimy przesłać przelewem na konto: Stowarzyszenie Unia Uzdrawisk Polskich.  
Konto Bankowe: BANK ZACHODNI WBK S.A. numer: **78 1090 2327 0000 0001 0550 8510** z dopiskiem: „**XXVI Kongres Uzdrawisk Polskich – imię i nazwisko Uczestnika/nazwa firmy**”. **Ostateczny termin rezerwacji oraz dokonania wpłaty upływa z dniem 31 lipca 2017 roku.**  
Wniesiona opłata za uczestnictwo w Kongresie **NIE PODLEGA** zwrotowi w przypadku całkowitej lub częściowej rezygnacji z udziału w KUP.  
W sprawach rezerwacji prosimy kontaktować się z Biurem Organizacyjnym Kongresu: ul. Aleja 1000-lecia 2/6, 57-320 Polanica-Zdrój, e-mail: [uup@suup.pl](mailto:uup@suup.pl), tel. 503 657 402, [www.suup.pl](http://www.suup.pl)

Wysłanie wypełnionego formularza oznacza wyrażenie zgody na: przetwarzanie podanych w Formularzu danych osobowych przez Organizatorów XXVI Kongresu Uzdrawisk Polskich dla celów związanych z organizacją Kongresu zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922).