**전 시 약 정 서**

**1. 전시사 기본정보**

|  |
| --- |
| 회사명(국문):  |
| \*회사명(영문):  |
| \*홈페이지(대표):  |
| 주소:  |
| 담당자 성함/직급:  | E-mail:  |
| Tel.:  | H.P.:  |
| 한국산업의료기기협회 신고 대상  | □ 신고 대상 □ 해당 없음  |

**2. 후원신청 내역**

**- 패키지 전시**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 후원 등급 | 🞎 Blue Diamond | 🞎 Diamond | 🞎 Platinum | 🞎 Gold | 🞎 Silver | 🞎 Bronze |
| 금액(VAT별도) | \ 150,000,000 | \ 100,000,000 | \ 50,000,000 | \ 30,000,000 | \ 10,000,000 | \ 5,000,000 |

**- 기타 광고 협찬**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 항목 | 구분 | 표2 | 표3  | 표4  | 내지(2매) |
| 금액(VAT별도) | 프로그램 | 🞎 \ 1,500,000 | 🞎 \ 1,000,000 | 🞎 \ 2,000,000 | 🞎 \ 1,400,000 |
| 워크숍 | 🞎 \ 1,500,000 | 🞎 \ 1,000,000 | 🞎 \ 2,000,000 |

**3. 납부 계획 및 입금 안내**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 총 납입 금액 (VAT 별도) | \  | 우리은행 1005-404-455442(대한진단검사의학회) |
| 납입 일정 | 2024 년 월 일 | 납입 마감일: 2024년 8월 9일(금) |
| 세금계산서 발행 요청일 | 2024 년 월 일 | 🞎 청구 🞎 영수 |
| 전자세금계산서 발행 주소  |  | 미기재시 담당자 이메일로 발행됨 |

• 후원금 송금 수수료는 신청 업체에서 부담합니다.

• 전시사 기본정보의 (\*)표기부분은 추후 제작물에 반영되므로 영문으로 정확하게 기입해 주시기 바랍니다.

• 한국의료기기산업협회에 사전 신고 후 입금 진행 해야함

• 전시 부스 및 내지 광고 위치 배정은 전시 등급 및 학회 기여도에 따라 조직위원회에서 결정함

• 광고 제작에 사용된 모든 폰트/이미지의 저작권에 문제의 소지가 없는지 확인 후 제출해야 함. 만약 저작권 문제가발 생할 경우, 모든 책임 및 배상은 해당 업체가 부담함.

LMCE 2024 & KSLM 65th Annual Meeting의 성공적인 개최를 위하여

위와 같이 후원할 것을 약정합니다.

2024 년 월 일

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 회사명: |  | 대표자: |  |  | 서 명: |  |