|  |  |
| --- | --- |
| **Firmengemeinschaftsausstellung der**Bundesrepublik Deutschland HOSPITALAR - International Fair of Products, Equipment, Services and Technology for Hospitals, Laboratories, Pharmacies, Health Clinics and Medical Offices19. Mai - 22. Mai 2015, Sao Paulo, Brasilien |  |
|  | **Veranstalter** | **In Kooperation mit** |
| Messe Düsseldorf GmbHMesseplatz40474 Düsseldorf |  |  |
|  | **Durchführung/ Ausstellungsleitung** |
| **Messe Düsseldorf GmbH**http://www.messe-duesseldorf.de |
| Tel: +49 211 4560-01**Projektleiter/in:Stephan Küppers**KueppersS@messe-duesseldorf.deTel: +49 211 4560-7715Fax: +49 211 4560-7740 |  |
| Anmeldung | Anmeldeschluss: 9. Februar 2015 |
| Wir melden uns als Aussteller zur oben angegebenen Beteiligung an. |

# 1. Aussteller

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Firma: |  |
|  | Straße: |       | Ansprechpartner/in: |       |
|  | PLZ, Ort: |       | Telefon: |       |
|  | Bundesland: |       | Fax: |       |
|  | UStID: |       | E-Mail: |       |

# 2. Benötigte Ausstellungsfläche

 Alle Beträge zzgl. ggf. anfallender in- und ausländischer Steuern

**2.1.** **Quadratmeter**

**2.1.1.** Teilnahme bis zum einschließlich 4. Mal:

|  |
| --- |
| •  **m²** Hallenfläche **mit Standbau** **230,00 €/m²** (bis 100 m², Mindestfläche 9 m²) |

**2.1.2.** Teilnahme zum 5. Mal oder öfter:

|  |
| --- |
| •  **m²** Hallenfläche **mit Standbau** **290,00 €/m²** (bis 100 m², Mindestfläche 9 m²) |

**2.1.3.** Beteiligungspreise für Fläche über 100 qm in der Halle sowie für Unternehmen, die die beiliegende Erklärung zur Doppelförderung bzw. der Beteiligung der öffentlichen Hand nicht unterzeichnen können:

|  |
| --- |
| •  **m²** Hallenfläche **mit Standbau** **640,00 €/m²** (Mindestfläche 9 m²)  |

**3. Obligatorische Gebühren** (unabhängig von der Anzahl der Beteiligungen)

|  |
| --- |
| • entfällt |

**4. Anschlüsse** (unabhängig von der Anzahl der Beteiligungen)

|  |
| --- |
| • entfällt |

**5. Ausstellungsgüter** (Bei Informationsstand: Produktionsprogramm) **Abmessungen Gewicht**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| • |  |  |
| • |  |  |
| • |  |  |

 Wir haben die Allgemeinen und Besonderen Teilnahmebedingungen zur Kenntnis genommen und erkennen diese an. Wir verpflichten uns, nur Produkte auszustellen, die in der Bundesrepublik Deutschland bzw. in deutscher Lizenz hergestellt wurden. Die Anlagen zur Anmeldung haben wir ausgefüllt beigelegt. Der computergestützten Erfassung, Speicherung und Weitergabe der Firmenangaben an Dritte wird zugestimmt.

Die Verpflichtung zur Zahlung von 20 % des Beteiligungspreises - basierend auf der gewünschten Fläche - sowie der obligatorischen Gebühren entsteht mit der schriftlichen Anmeldung. Dieser Betrag wird mit Erhalt einer entsprechenden Anzahlungsrechnung fällig. Der in der Anzahlung ausgewiesene Betrag ist unter Angabe der Veranstaltung auf das in der Anzahlungsrechnung angegebene Konto zu überweisen. Bei Zulassung entsteht die Verpflichtung zur Zahlung des Restbetrages. Dieser ist sofort nach Erhalt der Endrechnung fällig. Der in der Endrechnung ausgewiesene Betrag ist unter Angabe der Veranstaltung auf das in der Endrechnung angegebene Konto zu überweisen.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  **Ort, Datum** | **Firmenstempel / rechtsverbindliche Unterschrift** |

Anlagen:

• Anlage zur Anmeldung: Erklärung zu Doppelförderung bzw. der Beteiligung der öffentlichen Hand

• Anlage zur Anmeldung: Bestätigung der Teilnahmehäufigkeit

• Anlage zur Anmeldung: Alternative Rechnungsanschrift

• Kostenübernahmeerklärung

• Anmeldung eines Unterausstellers durch den Hauptaussteller

• Anerkennung der Teilnahmebedingungen durch den Unteraussteller

**Firmengemeinschaftsausstellung der Bundesrepublik Deutschland**

HOSPITALAR - International Fair of Products, Equipment, Services and Technology for Hospitals, Laboratories, Pharmacies, Health Clinics and Medical Offices
19. Mai - 22. Mai 2015, Sao Paulo, Brasilien

**Anlage zur Anmeldung**

(Obligatorisch: bitte ausgefüllt mit der Anmeldung zurücksenden)

 **Aussteller**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Firma: |  |
|  | Straße: |  | Geschäftsführer/in: |       |
|  | PLZ, Ort: |  | HRB-Nr.: |       |
|  | Bundesland: |  | Amtsgericht: |       |
|  |  |  | Sachbearbeiterin: |       |

**Erklärung zu Doppelförderung bzw. der Beteiligung der öffentlichen Hand**

Anläßlich unserer Anmeldung zur deutschen Beteiligung (Gemeinschaftsausstellung von Firmen) an der

**HOSPITALAR - International Fair of Products, Equipment, Services and Technology for Hospitals, Laboratories, Pharmacies, Health Clinics and Medical Offices
19. Mai - 22. Mai 2015, Sao Paulo, Brasilien**

Ich erkläre/Wir erklären, dass ich/wir keine institutionelle Förderung aus öffentlichen Mitteln erhalte/n.

Ich erkläre/Wir erklären, dass ich/wir für die Teilnahme an dieser Messe keine weiteren öffentlichen Mittel aus Projektförderung erhalte/n.

Ich erkläre/Wir erklären, dass mein/unser Unternehmen keine Bundes-, Landes- oder Kommunalbehörde, Landesförderinstitut oder sonstige juristische Person des öffentlichen Rechts ist.

Ich erkläre/Wir erklären, dass an meinem/unserem Unternehmen keine Religionsgemeinschaft(en) oder juristische Person(en) des öffentlichen Rechts einzeln oder zusammen, direkt oder indirekt mehrheitlich beteiligt ist/sind.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  **Ort, Datum** | **Firmenstempel / rechtsverbindliche Unterschrift** |

**Firmengemeinschaftsausstellung der Bundesrepublik Deutschland**

HOSPITALAR - International Fair of Products, Equipment, Services and Technology for Hospitals, Laboratories, Pharmacies, Health Clinics and Medical Offices
19. Mai - 22. Mai 2015, Sao Paulo, Brasilien

**Anlage zur Anmeldung**

(Obligatorisch: bitte ausgefüllt mit der Anmeldung zurücksenden)

 **Aussteller**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Firma: |  |
|  | Straße: |  | Geschäftsführer/in: |       |
|  | PLZ, Ort: |  | HRB-Nr.: |       |
|  | Bundesland: |  | Amtsgericht: |       |
|  |  |  | Sachbearbeiterin: |       |

 **Bestätigung**

 Anläßlich unserer Anmeldung zur/zum amtlichen Gemeinschaftsausstellung von Firmen an der

**HOSPITALAR - International Fair of Products, Equipment, Services and Technology for Hospitals, Laboratories, Pharmacies, Health Clinics and Medical Offices
19. Mai - 22. Mai 2015, Sao Paulo, Brasilien**

bestätigen wir hiermit, dass wir inklusive unserer beiligenden Anmeldung

**[ ]**  nicht mehr als viermal an der amtlichen Beteiligung des Bundesministerium für Wirtschaft und Energie teilgenommen haben \*

**[ ]**  zum fünften Mal oder öfter an der amtlichen Beteiligung des Bundesministerium für Wirtschaft und Energie teilnehmen \*

 (\* Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Uns ist bekannt, dass falsche Angaben den Ausschluss von weiteren Teilnahmen an offiziellen Beteiligungen zur Folge haben können.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  **Ort, Datum** | **Firmenstempel / rechtsverbindliche Unterschrift** |

**Firmengemeinschaftsausstellung der Bundesrepublik Deutschland**

HOSPITALAR - International Fair of Products, Equipment, Services and Technology for Hospitals, Laboratories, Pharmacies, Health Clinics and Medical Offices
19. Mai - 22. Mai 2015, Sao Paulo, Brasilien

**Alternative Rechnungsanschrift**

 **Aussteller**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Firma: |  |
|  | Straße: |  |
|  | PLZ, Ort: |  |
|  | Bundesland: |  |

 **Veranstaltung**

**HOSPITALAR - International Fair of Products, Equipment, Services and Technology for Hospitals, Laboratories, Pharmacies, Health Clinics and Medical Offices
19. Mai - 22. Mai 2015, Sao Paulo, Brasilien**

 **Abweichende Anschrift für den Rechnungsversand**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Firma: |       |
|  | Straße: |       |
|  | PLZ: |       |  |  |
|  | Postfach: |       | Zuständig: |       |
|  | PPZ: |       | Telefon: |       |
|  | Ort: |       | Fax: |       |
|  | Land: |       | E-Mail: |       |

|  |  |
| --- | --- |
|   |  |
|  **Ort, Datum** | **Firmenstempel / rechtsverbindliche Unterschrift** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Firmengemeinschaftsausstellung der Bundesrepublik Deutschland****Joint company exhibition** **of the Federal Republic of Germany**HOSPITALAR - International Fair of Products, Equipment, Services and Technology for Hospitals, Laboratories, Pharmacies, Health Clinics and Medical Offices19. Mai - 22. Mai 2015, Sao Paulo, Brasilien |  |
|  | **VeranstalterOrganiser** | **In Kooperation mitIn cooperation with** |
| Messe Düsseldorf GmbHMesseplatz40474 Düsseldorf |  |  |
|  | **Durchführung / Ausstellungsleitung****Realisation and exhibition management** |
| **Messe Düsseldorf GmbH**http://www.messe-duesseldorf.de |
| Tel: +49 211 4560-01**Projektleiter(in)/Personal contact:Stephan Küppers**KueppersS@messe-duesseldorf.deTel: +49 211 4560-7715Fax: +49 211 4560-7740 |  |
| **Kostenübernahmeerklärung zur oben genannten Firmengemeinschaftsausstellung****Confirmation of assumption of costs regarding the above mentioned Joint company exhibition**  |

**1. Aussteller / Exhibitor**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Firma/Company: |  |
|  | Straße/Street: |  |
|  | PLZ, Ort/ZipCode, Town: |  | **Ident-Nr./ID No.:** |       |
|  | Bundesland/Federal State: |  | **Auftrags-Nr./Order No.:** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Wir bitten, Ihre Forderungen, die aus unserer Anmeldung zur obigen Veranstaltung und unserer Teilnahme an dieser entstehen, gegenüber dem unter Ziff. 2 aufgeführten, gesamtschuldnerisch haftenden Rechnungsempfänger geltend zu machen. Uns ist bekannt, dass wir erst nach vollständigem Ausgleich der Ihnen entstehenden Forderungen von unserer Verpflichtung zur Zahlung frei werden.  | We request you to enforce your claims resulting from our applications for the above event and from our participation in the said event against the debtor stated under 2, who is jointly and severally liable. We are aware that we will be released from our obligation to pay only upon complete settlement of your claims. |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  **Ort, Datum Place, Date** | **Firmenstempel / rechtsverbindliche UnterschriftCompany stamp / legally binding signature** |

**2. Rechnungsempfänger / Debitor**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Firma/Company: |  |
|  | Straße/Address: |  |
|  | PLZ/ZipCode: |  |  |  |
|  | Postfach/Postbox: |  | zuständig/Person in charge: |  |
|  | PPZ/Postbox ZipCode: |  | Telefon/Phone: |  |
|  | Ort/Town: |  | Fax/Fax: |  |
|  | Land/Country: |  | E-Mail/E-mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ich/wir erkläre(n) hiermit, dass ich/wir im Wege des Schuldbeitritts die gesamtschuldnerische Haftung für alle Forderungen übernehme(n), die dem Gläubiger aus der Teilnahme oder einer eventuellen Absage der Teilnahme des unter Ziff. 1 genannten Ausstellers an der obigen Veranstaltung entstehen.  | I/We hereby declare that I/we by way of collateral promise assume joint and several liability for all claims which arise in favour of the creditor resulting from the participation or a possible cancellation of participation of the company stated under 1 in the above event.  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  **Ort, Datum Place, Date** | **Firmenstempel / rechtsverbindliche UnterschriftCompany stamp / legally binding signature** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Firmengemeinschaftsausstellung der Bundesrepublik Deutschland****Joint company exhibition** **of the Federal Republic of Germany**HOSPITALAR - International Fair of Products, Equipment, Services and Technology for Hospitals, Laboratories, Pharmacies, Health Clinics and Medical Offices19. Mai - 22. Mai 2015, Sao Paulo, Brasilien |  |
|  | **VeranstalterOrganiser** | **In Kooperation mitIn coopertaion with** |
| Messe Düsseldorf GmbHMesseplatz40474 Düsseldorf |  |  |
|  | **Durchführung/ AusstellungsleitungRealisation and exhibition management** |
|  | **Messe Düsseldorf GmbH**http://www.messe-duesseldorf.de |
|  | Tel: +49 211 4560-01**Projektleiter(in)/Personal contact:Stephan Küppers**KueppersS@messe-duesseldorf.deTel: +49 211 4560-7715Fax: +49 211 4560-7740 |  |
| **Anmeldung eines Unterausstellers durch den H A U P T A U S S T E L L E R Application of a sub-exhibitor by the M A I N – E X H I B I T O R** |
|  | **1. Hauptaussteller / Main exhibitor**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Firma/Company: |  | zuständig/Person in charge: |  |
|  | Straße/Address: |  | Telefon/Phone: |  |
|  | PLZ Ort/ZipCode Town: |  | Fax: |  |
|  | Bundesland/Country: |  | E-Mail: |  |

 |  |
| Nachstehend genannte Firma melde/n ich/wir als Unteraussteller meines / unseres Standes an. Sämtliche Gebühren und zusätzliche Kosten für Unteraussteller werden dem Hauptaussteller in Rechnung gestellt. Der Hauptaussteller hat dafür Sorge zu tragen, dass der Unteraussteller schriftlich die Teilnahmebedingungen anerkennt. | I/We sign up the firm named below as sub-exhibitor of our stand. All fees and extra costs for sub-exhibitors will be charged to the main exhibitor. It is the main-exhibitor’s responsibility to ensure that a sub-exhibitor accepts the conditions of participation in writing. |
| **2. Unteraussteller / Sub-exhibitor**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Firma/Company: |       | zuständig/Person in charge: |       |
|  | Straße/Address: |       | Telefon/Phone: |       |
|  | PLZ Ort/ZipCode Town: |       | Fax: |       |

 |
| Bundesland/Country: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| E-Mail: |       |

 |
| Internet |       |  |

**3. Gebühren für Unteraussteller / Fees for sub-exhibitors**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.1.** |  | **Aufnahme eines Unterausstellers in** **das Aussteller-verzeichnis** **zum deutschen Gemeinschaftsstand**DieGebühr für die Listung eines Unterausstellers beträgt **EUR 98,00 / Unteraussteller**Aufnahme wird gewünscht [ ]  ja [ ]  neinDas Formular zur Datenerfassung wird ausgefüllt vom **[ ]** Hauptaussteller [ ]  UnterausstellerNach Erhalt der unterzeichneten Mitausstelleranmeldung wird dem Aussteller das Formular zur Datenerfassung wie oben angegeben zugesandt. |  | **Admission of a sub-exhibitor to the brochure to the German joint stand** For registration of the sub-exhibitor a registration fee of **EUR 98**.**00 / sub-exhibitor**  will be due. Admission is requested [ ]  yes [ ]  noThe data collection form will be filled in by **[ ]** the main-exhibitor [ ]  the sub-exihibitorAs soon as we have received the application for co-exhibitors we will send you the data collection form as stated above. |  |
| **3.2.** | **Zusätzliche obligatorische Gebühren des Veranstalters der Messe für Unteraussteller**  | **Additional mandatory fee/s for a sub-exhibitor charged by the organizer of the trade fair** . |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  **Ort, Datum Place, Date** | **Firmenstempel / rechtsverbindliche UnterschriftCompany stamp / legally binding signature** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Firmengemeinschaftsausstellung der Bundesrepublik Deutschland****Joint company exhibition** **of the Federal Republic of Germany**HOSPITALAR - International Fair of Products, Equipment, Services and Technology for Hospitals, Laboratories, Pharmacies, Health Clinics and Medical Offices19. Mai - 22. Mai 2015, Sao Paulo, Brasilien |  |
|  | **VeranstalterOrganiser** | **In Kooperation mitIn coopertaion with** |
| Messe Düsseldorf GmbHMesseplatz40474 Düsseldorf |  |  |
|  | **Durchführung/ AusstellungsleitungRealisation and exhibition management** |
| **Messe Düsseldorf GmbH**http://www.messe-duesseldorf.de |
| Tel: +49 211 4560-01**Projektleiter(in)/Personal contact:Stephan Küppers**KueppersS@messe-duesseldorf.deTel: +49 211 4560-7715Fax: +49 211 4560-7740 |  |

**Bitte dieses Formular an den Unteraussteller weiterleiten**! **Please forward this form to your sub-exhibitor!**

|  |
| --- |
| **Anerkennung der Teilnahmebedingungen durch den U N T E R A U S S T E L L E RAcceptance of condition of participation by the S U B – E X H I B I T O R** |
| **1. Unteraussteller / Sub-exhibitor**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Firma/Company: |  | zuständig/Person in charge: |  |
|  | Straße/Address: |  | Telefon/Phone: |  |
|  | PLZ Ort/ZipCode Town: |  | Fax: |  |
|  | Bundesland/Country: |  | E-Mail: |  |
|  | Internet |  |  |  |

 |
| **des Hauptausstellers / of the main exhibitor as follows**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma/Company: |  | zuständig/Person in charge: |  |
| Straße/Address: |  | Telefon/Phone: |  |
| PLZ Ort/ZipCode Town: |  | E-Mail: |  |

 |  |  |

**2. Gebühren für Unteraussteller / Fees for sub-exhibitor**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sämtliche Gebühren für Unteraussteller werden dem Hauptaussteller in Rechnung gestellt | All fees for sub-exhibitors will be charged to the main exhibitor. |

**3. Ausstellungsgüter (Unteraussteller) / Exhibits (sub-exhibitor)** Abmessungen/Dimension Gewicht/Weight

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |       |       |        |
|  |       |       |        |
|  |       |       |        |

 |

**4. Anerkennung der Teilnahmebedingungen / Confirmation of the Terms of Conditions**

|  |  |
| --- | --- |
| Ich/Wir bestätigen hiermit rechtsverbindlich, dass wir die Allgemeinen und Besonderen Teilnahmebedingungen für Beteiligungen des Bundes an Messen und Ausstellungen im Ausland anerkennen. | I/We accept the General and Special Terms and Conditions of Participation of the Federal Republic of Germany at trade fairs and exhibitions abroad. |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  **Ort, Datum Place, Date** | **Firmenstempel und Unterschrift des UnterausstellersCompany stamp and signature of the sub-exhibitor** |