



Expo Mazury S.A.
ul. Grunwaldzka 55, 14-100 Ostróda
KRS 513712 (Sąd Rejonowy w Olsztynie VIII Wydział Gospodarczy KRS),
NIP 839-27-67-573, kapitał zakładowy 85.428.000 zł
Adres do korespondencji:
Expo Mazury S.A.
ul. Grunwaldzka 55, 14-100 Ostróda; **fax:** +48 89 647 78 77

**Formularz zgłoszenia współwystawcy/-ów
Międzynarodowych Targów Meblowych MTM w Ostródzie (06 – 09 września 2016 r.)**

WYSTAWCA Prosimy wypełnić zgodnie z danymi wpisanym do właściwego rejestru (Krajowy Rejestr Sądowy lub Ewidencja Działalności Gospodarczej).					
Pełna nazwa Wystawcy:					
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Ulica:	nr budynku:	nr lokalu:	Kraj:
e-mail:		Tel:		Fax:	
Czy Wystawca jest płatnikiem VAT: TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Nr NIP:	Nr KRS:		Nr ewidencji działalności gospodarczej:	
Adres do korespondencji, jeśli inny niż podany wyżej:					
Wnioskujemy o wyrażenie zgody na udostępnienie zamówionej przez nas powierzchni wystawienniczej niżej wymienionym firmom (współwystawcom). Firmy te będą wystawiać własne eksponaty i przy udziale własnego personelu.					
WSPÓŁWYSTAWCA Prosimy wypełnić zgodnie z danymi wpisanym do właściwego rejestru (Krajowy Rejestr Sądowy lub Ewidencja Działalności Gospodarczej).					
Pełna nazwa Wystawcy:					
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Ulica:	nr budynku:	nr lokalu:	Kraj:
e-mail:		Tel:		Fax:	
Czy Wystawca jest płatnikiem VAT: TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Nr NIP:	Nr KRS:		Nr ewidencji działalności gospodarczej:	
Adres do korespondencji, jeśli inny niż podany wyżej:					
OPŁATA REJESTRACYJNA ZA ZGŁOSZENIE JEDNEGO WSPÓŁWYSTAWCY (NETTO)			Zł	
WSPÓŁWYSTAWCA Prosimy wypełnić zgodnie z danymi wpisanym do właściwego rejestru (Krajowy Rejestr Sądowy lub Ewidencja Działalności Gospodarczej).					
Pełna nazwa Wystawcy:					
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Ulica:	nr budynku:	nr lokalu:	Kraj:
e-mail:		Tel:		Fax:	
Czy Wystawca jest płatnikiem VAT: TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Nr NIP:	Nr KRS:		Nr ewidencji działalności gospodarczej:	
Adres do korespondencji, jeśli inny niż podany wyżej:					
OPŁATA REJESTRACYJNA ZA ZGŁOSZENIE JEDNEGO WSPÓŁWYSTAWCY (NETTO)			Zł	
WSPÓŁWYSTAWCA Prosimy wypełnić zgodnie z danymi wpisanym do właściwego rejestru (Krajowy Rejestr Sądowy lub Ewidencja Działalności Gospodarczej).					
Pełna nazwa Wystawcy:					
Miejscowość:	Kod pocztowy:	Ulica:	nr budynku:	nr lokalu:	Kraj:
e-mail:		Tel:		Fax:	
Czy Wystawca jest płatnikiem VAT: TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Nr NIP:	Nr KRS:		Nr ewidencji działalności gospodarczej:	
Adres do korespondencji, jeśli inny niż podany wyżej:					
OPŁATA REJESTRACYJNA ZA ZGŁOSZENIE JEDNEGO WSPÓŁWYSTAWCY (NETTO)			Zł	
RAZEM NETTO			Zł	

--	--

Data, miejsce, pieczęć Zamawiającego

Podpis Zamawiającego