|  |  |
| --- | --- |
| **Firmengemeinschaftsausstellung der**Bundesrepublik Deutschland ExpoMedical - International Show for Products, Equipment and Services for the Healthcare Sector25. Sep. - 27. Sep. 2019, Buenos Aires, Argentinien |  |
|  | **Veranstalter** | **In Kooperation mit** |
| Messe Düsseldorf GmbHMesseplatz40474 Düsseldorf |  |  |
|   | **Durchführung/ Ausstellungsleitung (Durchführungsgesellschaft**  **i.S.d. Allgemeinen Teilnahmebdingungen)** |
| **Messe Düsseldorf GmbH**http://www.messe-duesseldorf.de |
| Tel: +49 211 4560-01**Projektleiter/in:Vanessa Klein / Udo Wiemann**KleinV@messe-duesseldorf.de /WiemannU@messe-duesseldorf.deTel: +49 211 4560-489 / 0211 4560-7756Fax: +49 211 4560 - 87489 / 0211 4560-87-7756 |  |
| Anmeldung | Anmeldeschluss: 24. Mai 2019 |
| Wir melden uns als Aussteller zur oben angegebenen Beteiligung an.ACHTUNG: Unteraussteller sind separat anzumelden. |

# 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** **255,00 €/m²** (bis 100 m², Mindestfläche 9 m²) |

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

|  |
| --- |
| • entfällt |

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

|  |
| --- |
| •  **m²** Hallenfläche **mit Standbau** **817,00 €/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 insbesondere nur Güter gemäß Ziffer 8 der Allgemeinen Teilnahmebedingungen für Beteiligungen des Bundes an Messen und Ausstellungen im Ausland auszustellen. Die Anlagen zur Anmeldung haben wir ausgefüllt beigelegt. Wir erklären, dass über unser Vermögen kein Insolvenzverfahren beantragt oder eröffnet worden ist bzw. wir keine eidesstattliche Versicherung nach § 802c Zivilprozessordnung oder § 284 Abgabenordnung 1977 abgegeben haben bzw. zu deren Abgabe verpflichtet sind.

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

Anlagen:

• Anlage zur Anmeldung: Besondere Teilnahmebedingungen

• Anlage zur Anmeldung: Allgemeine Teilnahmebedingungen

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

• Anlage zur Anmeldung: Alternative Rechnungsanschrift

• Kostenübernahmeerklärung

• Anmeldung eines Unterausstellers durch den Aussteller

**Firmengemeinschaftsausstellung der Bundesrepublik Deutschland**

ExpoMedical - International Show for Products, Equipment and Services for the Healthcare Sector
25. Sep. - 27. Sep. 2019, Buenos Aires, Argentinien

**Anlage zur Anmeldung**

(Obligatorisch: bitte ausgefüllt mit der Anmeldung zurücksenden)

 **Aussteller**

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

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

Anläßlich unserer Anmeldung zur deutschen Beteiligung (Firmengemeinschaftsausstellung) an der

**ExpoMedical - International Show for Products, Equipment and Services for the Healthcare Sector
25. Sep. - 27. Sep. 2019, Buenos Aires, Argentinien**

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**

ExpoMedical - International Show for Products, Equipment and Services for the Healthcare Sector
25. Sep. - 27. Sep. 2019, Buenos Aires, Argentinien

**Alternative Rechnungsanschrift**

 **Aussteller**

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

 **Veranstaltung**

**ExpoMedical - International Show for Products, Equipment and Services for the Healthcare Sector
25. Sep. - 27. Sep. 2019, Buenos Aires, Argentinien**

 **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**ExpoMedical - International Show for Products, Equipment and Services for the Healthcare Sector25. Sep. - 27. Sep. 2019, Buenos Aires, Argentinien |  |
|  | **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:Vanessa Klein / Udo Wiemann**KleinV@messe-duesseldorf.de /WiemannU@messe-duesseldorf.deTel: +49 211 4560-489 / 0211 4560-7756Fax: +49 211 4560 - 87489 / 0211 4560-87-7756 |  |
| **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**ExpoMedical - International Show for Products, Equipment and Services for the Healthcare Sector25. Sep. - 27. Sep. 2019, Buenos Aires, Argentinien |  |
|  | **Veranstalter** | **In Kooperation mit** |
| Messe Düsseldorf GmbHMesseplatz40474 Düsseldorf |  |  |
|  | **Durchführung/ Ausstellungsleitung (Durchführungsgesellschaft i.S.d. Allgemeinen Teilnahmebdingungen)** |
|  | **Messe Düsseldorf GmbH**http://www.messe-duesseldorf.de |
|  | Tel: +49 211 4560-01**Projektleiter(in):Vanessa Klein / Udo Wiemann**KleinV@messe-duesseldorf.de /WiemannU@messe-duesseldorf.deTel: +49 211 4560-489 / 0211 4560-7756Fax: +49 211 4560 - 87489 / 0211 4560-87-7756 |  |
| **Anmeldung eines Unterausstellers durch den A U S S T E L L E R** |
|  | **1. Aussteller**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Firma: |       | zuständig: |       |
|  | Straße: |       | Telefon: |       |
|  | PLZ Ort: |       | Fax: |       |
|  | Bundesland: |       | E-Mail: |       |

 |  |
|  |  |
| **2. Unteraussteller**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Firma: |       | zuständig: |       |
|  | Straße: |       | Telefon: |       |
|  | PLZ Ort: |       | Fax: |       |
|  | Bundesland: |       | E-Mail: |       |

 |
| Internet: |       |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.** | **Pauschale für Unteraussteller**DiePauschale für die Aufnahme eines Unterausstellers beträgt **EUR 500,00 / Unteraussteller.**Aufnahme in den Internetauftritt und in die Broschüreder Firmengemeinschaftsausstellung wird gewünscht [ ]  ja [ ]  neinDas Formular zur Datenerfassung wird ausgefüllt vom **[ ]** Hauptaussteller [ ]  UnterausstellerNach Erhalt der unterzeichneten Mitausstelleranmeldung wird dem Aussteller das Formular zur Datenerfassungwie oben angegeben zugesandt. |
| **4.** | **Zusätzliche obligatorische Gebühren des Veranstalters der Messe für Unteraussteller** • entfällt |

**5. Ausstellungsgüter (Unteraussteller)** Abmessungen Gewicht

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

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

 |

**6. Anerkennung der Teilnahmebedingungen**

|  |
| --- |
| Ich/Wir bestätigen hiermit rechtsverbindlich, dass wir die Allgemeinen und Besonderen Teilnahmebedingungen für Beteiligungen des Bundes an Messen und Ausstellungen im Ausland anerkennen. |
|  |  |
|  **Ort, Datum** | **Firmenstempel und Unterschrift des Unterausstellers** |
|  |  |
|  **Ort, Datum** | **Firmenstempel und Unterschrift des Ausstellers** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Joint company exhibition** **of the Federal Republic of Germany**ExpoMedical - International Show for Products, Equipment and Services for the Healthcare Sector25. Sep. - 27. Sep. 2019, Buenos Aires, Argentinien |  |
|  | **Organiser** | **In coopertion with** |
| Messe Düsseldorf GmbHMesseplatz40474 Düsseldorf |  |  |
|  | **Realisation and exhibition management (within the meaning of the General Conditions of Participation)** |
| **Messe Düsseldorf GmbH**http://www.messe-duesseldorf.de |
| Fon: +49 211 4560-01**Personal contact:Vanessa Klein / Udo Wiemann**KleinV@messe-duesseldorf.de /WiemannU@messe-duesseldorf.deFon: +49 211 4560-489 / 0211 4560-7756Fax: +49 211 4560 - 87489 / 0211 4560-87-7756 |  |
| **Application of a sub-exhibitor by the E X H I B I T O R** |
|  | **1. Exhibitor**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Company: |       | Person in charge: |       |
|  | Address: |       | Phone: |       |
|  | ZipCode Town: |       | Fax: |       |
|  | Bundesland/Country: |       | E-Mail: |       |

 |  |
|  |  |
| **2. Sub-exhibitor**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Company: |       | Person in charge: |       |
|  | Address: |       | Phone: |       |
|  | ZipCode Town: |       | Fax: |       |
|  | Bundesland/Country: |       | E-Mail: |       |

 |
| Internet: |       |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.** | **Fee for sub-exhibitors**For registration of a sub-exhibitor a registration fee of **EUR 500,00** **/ sub-exhibitor** will be due.Admission to the internet presence and brochureto the German joint stand 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. |
| **4.** | **Additional mandatory fee for a sub-exhibitor charged by the organizer of the trade fair** • not applicable |

**5. Exhibits (Sub-exhibitor)** Dimension Weight

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

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

 |

**6. Confirmation of the Terms of Conditions**

|  |
| --- |
| I/We accept the General and Special Conditions of Participation of the Federal Republic of Germany at trade fairs and exhibitions abroad. |
|  |  |
|  **Place, Date** | **Company stamp and signature of the sub-exhibitor** |
|  |  |
|  **Place, Date** | **Company stamp and signature of the exhibitor** |