

To become partner FARMAFFARI

To be sent to Studio SviMM studiosvimm@studiosvimm.it - Tel. 0039 06 5126433

FARMAFFARI® per crescere insieme. www.farmaffari.it

Order Form ◇ 1° insertion FARMAFFARI - ◇ renewal

Settore/Branch: _____ / _____ / _____

Ditta / Company	
Address:	
Postal Code	City
P. IVA	C.F.
Tel./Phone	*Cell.
Fax	
e-mail:	http://
Logo (To send by e-mail Jpg)	☐ da inviare via mail formato jpg (altezza/ high 91 pixel max)
Activity (tot. max 50 words)	
*Slogan	
Contact person: *A. D. // D.G.:	

I should like to become Partner (annual fee renewable in automatic way)

- Guida FARMAFFARI (web site www.farmaffari.it + 2 Guide semestrali (**))

- Guida FARMAFFARI + www.farmaffari.it ☐ 675,00 € (1 section)
- Guida FARMAFFARI + www.farmaffari.it (2 sections) ☐ 795,00 € (sconto 21%)
- Pubblicità Guida FARMAFFARI 1 pagina ☐ 800,00 € - ☐ ½ pagina 450,00 €
- Market Place FARMAFFARI ☐ 250,00 € Pins "Partner Farmaffari" ☐ 20,00 €
- Banner su sito FARMAFFARI ☐ 200,00 €
- CYBER PHARMA Excellence ☐ 250,00 €

- PUBBLICITÀ nell'AGENDA DEL MANAGER in Affari Regolatori e Marketing 2021

- 1 pagina di pubblicità + 25 agende: 1.800,00 € (1.400,00 € + IVA partner FARMAFFARI)
- 2 pagina di pubblicità + 25 agende: 2.800,00 € (1.800,00 € + IVA partner FARMAFFARI)

- SPONSOR Premi FARMAFFARI Golden ☐ 2800 €, Silver ☐ 1800 €, Bronze ☐ 1200,00 €

We ask for

- n. ____ Guida FARMAFFARI XXXIV ed. ☐ 25,00 € (gratis x partner Farmaffari)
- n. ____ Agenda del Manager 2020 ☐ 26,00 € (15,00 € x partner Farmaffari)
- n. ____ Comunicare Salute (le più belle pubblicità da fine 800 a oggi) ☐ 120,00 € (75,00 € Farmaffari)
- n. ____ "L'ESPERTO in AFFARI REGOLATORI" ☐ 65,00 € - per i partner Farmaffari ☐ 40,00 €
- n. ____ Manuale di Corretta Prassi Igienica (versione on line) ☐ 250,00 €

Il sottoscritto _____ in qualità di _____

della ditta: _____

dichiara che i dati di cui sopra sono corretti ed autorizza lo Studio SviMM ad inserire nella Guida FARMAFFARI e nel sito www.farmaffari.it i dati di cui sopra, anche ai sensi del D.L.vo 106 del 2003; che è consapevole che le tariffe (**) per l'inserimento nella Guida FARMAFFARI, sono valide per un anno e che l'inserimento si intende rinnovato se non disdetto entro 2 mesi dalla scadenza annuale, con pagamento a 60 gg data avviso di fattura (pro-forma).

ALLEGO ☐ La somma di € _____ versata a mezzo

☐ Bonifico Bancario su IBAN IT 64 I 01030 03300 000000363452

data

timbro

firma