

Per diventare partner **FARMAFFARI**

Spedire a Studio SviMM studiosvimm@studiosvimm.it - Tel. 06 5126433

FARMAFFARI® per crescere insieme. www.farmaffari.it

Modulo d'ordine ◇ I° inserimento FARMAFFARI - ◇ rinnovo ed.

Settore/Branch: _____ / _____ / _____

Ditta / Company	
Indirizzo:	
Codice Postale	Città
P. IVA	C. Univoco.
Tel./Phone	*Cell.
Fax	
e-mail:	http://
Logo (x inviare via email Jpg)	☐ per inviare per posta jpg o pdf (massimo 91 pixel)
Attività (tot. max 50 parole)	
*Slogan	
Persona di contatto: *A. D. // D. G. :	

Si richiede inserimento come Partner (canone annuale rinnovabile in automatico)

- Guida FARMAFFARI (web sito www.farmaffari.it + Guida cartacea e digitale (**))

- **Guida FARMAFFARI + www.farmaffari.it** ☒ 750,00 € (1 sezione)
incluso **Link** al proprio sito WEB e **Logo** nella Guida FARMAFFARI ☒
- Guida FARMAFFARI + www.farmaffari.it ☐ 895,00 € (2 sezioni)
- 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 €

Si richiede

- n. **Guida FARMAFFARI XXXIV ed.** ☐ 25,00 € (gratis x partner Farmaffari)
- n. **Agenda del Manager 2021** ☐ 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