

**RESERVA DE STANDS
INSCRIPCIÓN CATALOGO OFICIAL
CLASIFICACIÓN DEL EXPOSITOR Y SUS
PRODUCTOS**



FECHA				NUMERO:
--------------	--	--	--	----------------

Diligencie el siguiente formulario con los datos requeridos y envíelo a CORFERIAS CR. 37 No. 24 -67 Departamento Comercial a la mayor brevedad posible debidamente firmada por quien corresponda junto con el Certificado de Constitución y Gerencia, fotocopia del Rut y fotocopia de la cédula de ciudadanía del Representante Legal. Esta información se solicita como reserva de Stand y para inclusión sin costo en el Catálogo Oficial de la feria, identificación de compradores nacionales e internacionales y preinscripción a la Rueda de Negocios.

Con el objeto de participar en **MEDITECH** que se realizará en Bogotá, D.C. del 20 al 24 de Abril de 2010 reservamos nuestra participación, comprometiéndonos a aceptar las disposiciones del contrato de arrendamiento así como las contenidas en el reglamento de participación de este evento y las demás que acuerde la Dirección General de CORFERIAS.

I. INFORMACION GENERAL DE LA EMPRESA EXPOSITORA, RESERVA DE STANDS:					
Nit:	Razón Social:			Sigla:	
Dirección:		Teléfonos:		Fax:	A.A.
E-mail:			Página Internet:		
Ciudad:		País:		Año de Constitución:	
Procedencia: <input type="checkbox"/> 1. Nacionales - Con Nit Colombiano <input type="checkbox"/> 2. Nacionales con Representación - con Nit Colombiano <input type="checkbox"/> 3. Internacionales - con Nit Extranjero <input type="checkbox"/> 4. Multinacionales - con Nit Colombiano <input type="checkbox"/> 5. Participación Conjunta de Países con Empresas con Nit Extranjero					
Representante Legal:			Identificación:	Cargo:	
Encargado(s) de la Participación					
Identificación	Nombres y Apellidos	Cargo	Teléfono	Celular	Email
NOMBRE DEL STAND (El que desea que aparezca en la cornisa)					
NOMBRE COMERCIAL (Este nombre aparecerá en el Catálogo de Expositores)					

Para este evento hemos reservado las siguientes áreas de exhibición							
Pab.	Nivel	Stand	Vir. Unitario	Cantidad M ²	Subtotal	Descuento %	Vir. Total
OBSERVACIONES:							

NOTA: Diligencie con exactitud esta información dado que se utilizará en el catálogo del expositor e invitar a potenciales compradores de la Feria.

II. CLASIFICACIÓN DE SU EMPRESA					
ACTIVIDAD DE SU EMPRESA: (Aquella que más contribuye a generar ingresos, marque solo una casilla.)					
FB <input type="checkbox"/>	Fabricante	IM <input type="checkbox"/>	Importadora		
CY <input type="checkbox"/>	Comercializador Por Mayor	EX <input type="checkbox"/>	Exportadora		
CN <input type="checkbox"/>	Comercializador Por Menor	RE <input type="checkbox"/>	Representante		
DT <input type="checkbox"/>	Distribuidora	SE <input type="checkbox"/>	Servicios		
CÓDIGO CIU _____					
TIPO DE EMPRESA: (Marque solo una casilla)					
CC <input type="checkbox"/>	Cámara de Comercio	EM <input type="checkbox"/>	Embajada	EO <input type="checkbox"/>	Entidad Oficial – Gobierno
GA <input type="checkbox"/>	Gremio – Asociación	OI <input type="checkbox"/>	Organismo Internacional	PR <input type="checkbox"/>	Privada
Otra <input type="checkbox"/>	Cual?				

III. MENCIONE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS QUE OFRECERÁ EN LA FERIA SEGÚN LA ACTIVIDAD ECONOMICA		
PRODUCTOR DE:	Marcas:	País de Origen:
COMERCIALIZADOR DE:	Marcas:	País de Origen:
EXPORTADOR DE:	Marcas:	País de Origen:
IMPORTADOR DE:	Marcas:	País de Origen:
REPRESENTANTE DE:	Marcas:	País de Origen:
SERVICIOS DE:	Marcas:	País de Origen:
MINORISTA DE:	Marcas:	País de Origen:
MAYORISTA DE:	Marcas:	País de Origen:
DISTRIBUIDOR DE:	Marcas:	País de Origen:

INVERSIONISTA EN:	Marcas:	País de Origen:
OTRO: (Especifique)	Marcas:	País de Origen:
GREMIO / ASOCIACIÓN DE:		
Si desea incluir mas productos por favor relaciónelos a continuación:		

IV. PRODUCTOS QUE OFRECE (Ubique sus productos y la actividad que realiza con ellos en cada columna)					
PRODUCTOS	EXPLOTACIÓN O PRODUCCIÓN	FABRICANTE	COMERCIANTE		SERVICIOS
			AL POR MAYOR	AL POR MENOR	
Equipos Médicos					
Equipos para Cardiología	1		53	105	
Equipos Biomédicos	2		54	106	
Equipos Láser para Cirugía	3		55	107	
Equipos Médicos	4		56	108	
Equipos Médicos Reacondicionados	5		57	109	
Equipos para Anestesia	6		58	110	
Equipos para Cirugía Plástica	7		59	111	
Equipos para Cuidados Intensivos	8		60	112	
Equipos para Diagnóstico	9		61	113	
Equipos para Emergencia	10		62	114	
Equipos para Endoscopia	11		63	115	
Equipos para Esterilización	12		64	116	
Equipos para Gastroenterología	13		65	117	
Equipos para Ginecología Y Obstetricia	14		66	118	
Equipos para Laboratorio Clínico	15		67	119	
Equipos para Medicina Nuclear	16		68	120	
Equipos para Neonatología Y Pediatría	17		69	121	
Equipos para Neurología	18		70	122	
Equipos para Otorrinolaringología	19		71	123	
Equipos para Salud Ocupacional	20		72	124	
Equipos para Terapia Respiratoria	21		73	125	
Equipos para Urología	22		74	126	
Equipos Ultrasonido para Diagnóstico	23		75	127	
Insumos y Materiales para Esterilización	24		76	128	
Iluminación Medico-Quirúrgica	25		77	129	
Monitores Multiparamétricos	26		78	130	
Plantas Eléctricas para IPS	27		79	131	
Purificadores de Agua	28		80	132	
Repuestos para Equipos Médicos	29		81	133	
Respiradores	30		82	134	
Equipos y Suministros para Especialidades Médicas					
Audiología	31		83	135	
Estética	32		84	136	
Laboratorios	33		85	137	
Odontología	34		86	138	
Optometría, Oftalmología y Óptica	35		87	139	
Ortopedia, Traumatología y Rehabilitación Física	36		88	140	
Medicina Complementaria y Alternativa	37		89	141	
Elementos para Laboratorio Clínico	38		90	142	
Compresores para uso Médico y Odontológico	39		91	143	
Suministros y Dotaciones					
Amalgamas y Amalgamadores	40		92	144	
Artículos Desechables	41		93	145	
Balanzas y Básculas	42		94	146	

Calzado Ortopédico	43		95		147	
Camas Hospitalarias	44		96		148	
Caminadores y Bastones	45		97		149	
Desinfectantes y Detergentes	46		98		150	
Elementos de Atención Básica	47		99		151	
Mobiliario Médico-Hospitalario	48		100		152	
Insumos y Suministros para Hospitales y Consultorios	49		101		153	
Material e Instrumental Médico Quirúrgico	50		102		154	
Medicamentos	51		103		155	
Ropa y Calzado	52		104		156	
Servicios Médicos						
Aseguradoras (EPS, Cajas de Compensación, SOAT, Mutuales)					157	
Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS)					158	
Servicios Alternos						
Alquiler de Equipos para Enfermos					159	
Asesoría en Gestión Hospitalaria					160	
Gases Medicinales					161	
Seguridad Hospitalaria					162	
Servicios Complementarios					163	
Servicios de Alimentación Intrahospitalaria					164	
Telecomunicaciones - Telemedicina					165	
Transporte Hospitalario					166	
Tratamientos de Residuos Hospitalarios					167	
Otros Servicios						
Arquitectura y Construcción					168	
Asociación Gremial					169	
Banca y Seguros					170	
Diagnostico e Imagen					171	
Equipos de Lavandería					172	
Publicaciones Médicas					173	
Señalización y Digiturnos					174	
Servicios de Limpieza y Aseo					175	
Software					176	
Universidades – Postgrados					177	
Detalle los productos que exhibirá y para qué se utilizan						

V. DESCRIBA EL PERFIL DE SU POTENCIAL COMPRADOR NACIONAL / INTERNACIONAL				
	NACIONAL		INTERNACIONAL	
FABRICANTE				
REPRESENTANTE				
DISTRIBUIDOR				
SERVICIOS				
EXTRACTIVAS				
OMERCIALIZADOR				
SECTORES ECONÓMICOS				
TIPO DE EMPRESA	PRIVADA <input type="checkbox"/>	OFICIAL <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>	OFICIAL <input type="checkbox"/>
	MULTINACIONAL <input type="checkbox"/>		MULTINACIONAL <input type="checkbox"/>	
	GRANDE <input type="checkbox"/>	MEDIANA <input type="checkbox"/>	GRANDE <input type="checkbox"/>	MEDIANA <input type="checkbox"/>
	PEQUEÑA <input type="checkbox"/>	MICROEMPRESA <input type="checkbox"/>	PEQUEÑA <input type="checkbox"/>	MICROEMPRESA <input type="checkbox"/>
UBICACIÓN (CIUDADES)				
CARGO DE CONTACTOS				
PERFIL ESPECÍFICO				

VI. MENCIONE A CONTINUACIÓN <u>LOS COMPRADORES INTERNACIONALES</u> POTENCIALES QUE LE INTERESARÍA CONTACTAR (puede anexas listado) CON LA SIGUIENTE INFORMACIÓN				
EMPRESA	ACTIVIDAD	CONTACTO	TELÉFONO/ EMAIL	CIUDAD/ PAÍS

Si no cuenta con información de empresarios internacionales por favor describa el perfil del comprador o empresa internacional potencial que le interesaría contactar:

VII. DELEGADOS DEL EXPOSITOR PARA NEGOCIACIONES INTERNACIONALES Y RUEDA DE NEGOCIOS

	DELEGADO 1	DELEGADO 2
NOMBRE:		
CARGO:		
E-MAIL:		
TEL:		
FAX:		

VIII. DISTRIBUCIÓN DE VENTAS NACIONALES E INTERNACIONALES DEL EXPOSITOR (%)

VENTAS MERCADO NACIONAL:	%	VENTAS MERCADO INTERNACIONAL:	%
--------------------------	---	-------------------------------	---

IX. PAÍSES DONDE EL EXPOSITOR HA REALIZADO O REALIZARÁ EXPORTACIONES E IMPORTACIONES

PAÍSES EXPORTACIÓN	%	PAÍSES IMPORTACIÓN	%

X. CAPACIDAD DE PRODUCCIÓN, IMPORTACIÓN Y EXPORTACIÓN DE PRODUCTOS DEL EXPOSITOR EN COLOMBIA

PRODUCTO	PRODUCCIÓN		IMPORTACIONES VALOR \$	EXPORTACIONES VALOR \$
	UNIDADES	VALOR \$		

XI. INDIQUE LOS OBJETIVOS DE PARTICIPACIÓN COMO EXPOSITOR DURANTE LA FERIA

1.	2.
3.	4.

FORMA DE PAGO: 50% para reservar y 50% a mas tardar un mes antes de iniciar el evento.

PAGOS NACIONALES: **BANCO POPULAR** Cta. de Ahorro. No. 025-72016-0 - Código del Evento **30**

XII. DECLARACION VOLUNTARIA DE ORIGEN DE FONDOS Y AUTORIZACIÓN CONSULTA CENTRALES DE RIESGO

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:

- TANTO MI ACTIVIDAD, PROFESION U OFICIO ES LICITA Y LA EJERZO DENTRO DE LOS MARCOS LEGALES, LOS RECURSOS QUE POSEO PROVIENEN DE
 ACTIVIDAD QUE NO SE ENCUENTRA DENTRO DE LAS CONTEMPLADAS EN EL CODIGO PENAL COLOMBIANO, COMO ILICITA.
- LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO EN ESTE DOCUMENTO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y ME OBLIGO A ACTUALIZARLA PERMANENTEMENTE.
- AUTORIZO A LA CORPORACION DE FERIAS Y EXPOSICIONES S.A. A CONSULTAR Y REPORTAR A LAS CENTRALES DE RIESGOS. COMO CONSTANCIA DE HABER LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES

Nombre Completo _____

No. De Identificación _____

Firma _____

Tipo expositor:

ANTIGUO

NUEVO

SI HA PARTICIPADO ANTERIORMENTE ESPECIFIQUE EL AÑO DE SU ULTIMA PARTICIPACION