

# 20. Küstenseminar 2025

18.09.-20.09.2025, Wilhelmshaven  
ATLANTIC Hotel

Bitte senden Sie dieses Formular zur Standplatzreservierung für die Industrieausstellung anlässlich des 20. Küstenseminar 2025 in Wilhelmshaven zurück an Friesland-Kliniken, St. Johannes Hospital Frauenklinik, Bleichenpfad 9, 26316 Varel. Die Standflächen sind im Erdgeschoss des Hotel Atlantic in direkter Anbindung an die Tagungsräume vorgesehen. Die Standgröße kann bis zu 7 qm betragen. Eine Unterstützung der Veranstaltung ist in den Kategorien Platin, Gold, Silber, Bronze möglich.

## Verbindliche Standplatzreservierung

- Platinsponsoring** Standgröße 6-7 qm im Erdgeschoss, ggf. Übernahme von Referentenhonoraren, Nennung als Platinsponsor in Printmedien und Internetpräsentationen.  
EUR 5000,- (zuzüglich 19% MwSt.)
- Goldponsoring** Standgröße 5-6 qm im Erdgeschoss, ggf. Übernahme von Referentenhonoraren, Nennung als Goldsponsor in Printmedien und Internetpräsentationen.  
EUR 4000,- (zuzüglich 19% MwSt.)
- Silbersponsoring** Standgröße 4-5 qm, ggf. Übernahme von Referentenhonoraren, Nennung als Silbersponsor in Printmedien und Internetpräsentationen.  
EUR 3000,- (zuzüglich 19% MwSt.)
- Bronzesponsoring** Standgröße 3 qm, Nennung als Bronzesponsor in Printmedien und Internetpräsentationen.  
EUR 2000,- (zuzüglich 19% MwSt.)

Wir beabsichtigen einen  Fallstand  Roll-up-Stand zu verwenden und benötigen zusätzlich

Wir beabsichtigen diese Veranstaltung zusätzlich zu unterstützen. Bitte lassen Sie uns weitere Informationen zukommen.

### Bitte schicken Sie die Ausstellerunterlagen an folgende Anschrift:

Firma: \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort/Land: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Auftragsnummer: \_\_\_\_\_

**Zur Information :** Diese Anmeldung gilt abhängig einer Standplatzverfügbarkeit als verbindlich. Sie erhalten von den Friesland-Kliniken eine entsprechende Rechnung über die gewünschte Reservierung. Die Organisatoren behalten sich jedoch das Recht vor, das angegebene Maß innerhalb einer geringen Toleranz aufgrund der örtlichen Gegebenheiten anzupassen.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift  
(Standreservierung)

Unterschrift  
(Datenschutzeinwilligung)

## FORMULAR MIT WICHTIGEN FIRMENDATEN

Bitte **gut leserlich** ausfüllen und zurückschicken an Friesland-Kliniken, Frauenklinik, Bleichenpfad 9, 26316 Varel

**Ansprechpartner bzw. Firmenvertreter vor Ort** (falls anders als bereits erwähnt):

Name:

Telefon:

E-Mail:

**Rechnungsanschrift:**

(wichtig: vollständige Firmenbezeichnung, wie z.B. Firma XY GmbH & Co. KG)

Firma:

Ansprechpartner:

Straße:

PLZ:

Ort/Land:

Umsatzsteuer-ID (nur bei EU-ansässigen Firmen):

**Postanschrift für Rechnungszusendung:**

(nur falls diese von der Rechnungsanschrift abweicht, z.B. Privatanschrift des Außendienstmitarbeiters)

Firma:

Ansprechpartner:

Straße:

PLZ:

Ort/Land:

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der übermittelten Angaben.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel der Firma