**Anmeldeformular zum „Bad Camberger Kneipp-Erlebnis- und Gesundheitstag 2025“**

**An**

**Bad Camberg Marketing**

**Am Amthof 15, EG** E-Mail: Kurverwaltung@Bad-Camberg.de

**65520 Bad Camberg** Fax: 06434/202 414 - Tel: 06434/202 430

Veranstaltungsort: Bürgerhaus Kurhaus Bad Camberg, Chambray-lès-Tours-Platz 2

Aussteller: Gesundheitsdienstleister im medizinischen/ therapeutischen/ ernährungsbezogenen Bereich,

 Kosmetik/Beauty/Wellness/Fitness/Gesundheit

Publikums-Öffnungszeiten: **Sonntag, 25.05.2025 von 10:00 Uhr bis 17:00 Uhr**

Aufbauzeiten: Im Kurhaus: Samstag (24.05.) von 10:00 bis 16:00 Uhr und Sonntag ab 08:30 Uhr / Im Kurpark: Sonntag ab 08:30 Uhr

Abbauzeiten: Sonntag nach Veranstaltungsende frühestens ab 17:00 Uhr

Standfläche: Aufgrund der zur Verfügung stehenden Fläche und der zu erwartenden Anmeldungen wird dringend gebeten, nur die unbedingt notwendige Fläche zu melden.

Standplatzzuordnung: Grundsätzlich wird versucht, den gewünschten Standplatz

zu reservieren. Verschiebungen behalten wir uns auch aus brandschutz- und sicherheitstechnischen Gründen vor

Abfall: Bitte den eigenen Abfall mitnehmen und entsorgen.

Parkplätze: Bitte nur in der Aufbauphase die Parkplätze direkt vor dem Kurhaus nutzen und während der Veranstaltung die Parkplätze für die Besucher freilassen.

Standgebühr: 10,00 Euro je Quadratmeter

Wir/Ich möchte/n gerne als Aussteller am **Bad Camberger Kneipp-Erlebnis- und Gesundheitstag 2025** teilnehmen. Eine Teilnahme ist erst nach Teilnahmebestätigung möglich.

 Als Standfläche wird \_\_\_\_\_\_m Front x \_\_\_\_\_\_m Tiefe = \_\_\_\_\_\_\_qm benötigt

 Unsere Seiten-/Rückwand ist …………….. m hoch

 Wir haben keine Seiten/Rückwände

  Wir benötigen \_\_\_\_ Tische und \_\_\_\_ Stühle (Bestand Kurhaus)

 Stromanschluss ist erforderlich

 Ich/Wir bieten folgende Aktivitäten wie Blutdruckmessung usw. am Stand an:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Wir/Ich nehme/n nicht teil.

Name/Adresse:

 (zutreffendes bitte ankreuzen)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Unterschrift