

BUY MEDICAL 프로그램 병원 참여 안내문

2020 국제 병원 및 의료기기 산업 박람회(K-HOSPITAL FAIR 2020) 기간 동안 BUY MEDICAL 프로그램을 진행합니다. 병원 홍보와 구매 경쟁력 강화를 위한 ① 신·증축 및 리모델링 병원 홍보 및 구매 계획 발표회와 ② 1:1 비즈니스 상담회로 구성되어 있습니다. 신·증축 및 리모델링 계획 중인 병원의 많은 참여 바랍니다.

■ 행사개요

- 행사 명: 'BUY MEDICAL(바이 메디칼)' 프로그램
 - ① 신·증축 및 리모델링 병원 홍보 및 구매 계획 발표회
 - ② 1:1 비즈니스 상담회
- 기 간: 2020. 10. 14(수) – 16(금)
- 장 소: 서울 COEX C홀 K-HOSPITAL FAIR 전시장 내
- 대 상: 신·증축 및 리모델링 / 의료기기 및 소모품 구매 계획이 있는 병원

■ 프로그램

1. 병원 신·증축 및 리모델링 병원 홍보 및 구매 계획 발표회

- 발 표: 1) 신·증축 또는 리모델링 병원의 공사 일정, 구매계획, 입찰 일정 등
2) (개원하는) 병원의 컨셉, 주요 이슈 등 병원 홍보
- 장 소: KHF 전시장 내
- 일 정: 2020. 10. 14(수) – 16(금)
 - *병원당 30분 (발표 및 Q&A)
 - *발표 장소 추후 제공지

2. 1:1 비즈니스 상담회

- 병원이 구매를 계획 중인 품목의 업체와 1:1 비즈니스 미팅
- 전용 상담존에서 미팅 업체의 제품에 대한 브리핑 및 견적
- 장 소 : KHF 전시장 내 BUY MEDICAL 상담존
 - *미팅 희망 품목 상세작성 요망

■ 참가지원사항

1. 병원 신·증축 및 리모델링 병원 홍보 및 구매 계획 발표회 참가 병원
 - 병원당 연사료 50만원 지원
2. 1:1 비즈니스 상담회 참가 병원
 - 병원당 상담비 30만원 지원 (4건 이상 미팅 수행)
3. 공통
 - 참가 병원 보도 자료 배포 (보도자료 병원 작성 후 사무국으로 제출)
 - 코엑스 주차권 지원 (48,000원 상당 1일 종일권 1장)
 - BUY MEDICAL 라운지 이용

■ 신청/접수 및 문의처

1. 신청기간
 - 9월 30일(수) 18시까지
2. 접수방법
 - 신청서 작성 후 이메일 접수 (khf@esgroup.net) ,
3. 문의처
 - K-HOSPITAL FAIR 2020 사무국 (주)메쎬이상
Tel) 02-6121-6363
Email) khf@esgroup.net

BUY MEDICAL 신청서

(병원 설비 및 의료기기 구매 발표회)

◆ 신청 부문

신청 부문	<input checked="" type="checkbox"/> 병원 신·증축 계획 설명회 발표
-------	---

◆ 참가 병원 정보

병원명				
주소				
담당자1	성명:	부서:	직위:	
	전화:	휴대폰:	팩스:	
담당자2	성명:	부서:	직위:	
	전화:	휴대폰:	팩스:	
발표회	가능시간	10월 14일 (수)	10월 15일 (목)	10월 16일 (금)
	요청사항			

◆ 참가 병원 유형 ※ 보다 정확한 업체 매칭을 위해 상세 내용을 필수 기입해야 합니다.

구분	규모/예산
<input type="checkbox"/> 신·증축 병원	00병상 / 00억원
<input type="checkbox"/> 리모델링 병원	
<input type="checkbox"/> 의료기기 구매 계획	
<input type="checkbox"/> 소모품 구매 계획	
<input type="checkbox"/> 기타 사항	

◆ 발표 주제: ※ 발표 예정 주제를 기입해주시기 바랍니다.

2020년 월 일

병원명 :

담당자 :

(인)

BUY MEDICAL 신청서

(1:1 비즈니스 상담회)

◆ 신청 부문

신청 부문	<input checked="" type="checkbox"/> 1:1 비즈니스 상담회 참가
-------	---

◆ 참가 병원 정보

병원명							
주소							
담당자1		성명:	부서:		직위:		
		전화:	휴대폰:		팩스:		
담당자2		성명:	부서:		직위:		
		전화:	휴대폰:		팩스:		
상담회	상담 날짜	10월 14일 (수)		10월 15일 (목)		10월 16일 (금)	
		10:00~12:00	14:00~17:00	10:00~12:00	14:00~17:00	10:00~12:00	14:00~17:00
	참가인원	명 요청 사항:					

◆ 참가 병원 유형 ※ 보다 정확한 업체 매칭을 위해 상세 내용을 필수 기입해야 합니다.

구분	규모/예산	상담 희망 품목
<input type="checkbox"/> 신·증축 병원	00병상 / 00억원	병원설비, 영상기기, 병원용 침대
<input type="checkbox"/> 리모델링 병원		병원건축, 인테리어, 병원용 침대
<input type="checkbox"/> 의료기기 구매 계획		
<input type="checkbox"/> 소모품 구매 계획		
<input type="checkbox"/> 기타 사항		

◆ 병원 상세 구매 계획 ※ 병원 구매 계획 분량이 많은 경우 별도 문서 제출 해주시길 바랍니다.

No	상세품목	예상 수량	예상 예산	예상 구매/도입 시기
1	병원용 침대(예시)	00베드	000만원	2020.00.00
2	X-ray (예시)	00대	00만원	2020.00.00
3				
4				
5				

2020년 월 일

병원명 :

담당자 :

(인)