society for clinical vascular surgery ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE ODE			
Exhibitor:			
Contact:Title:			
Address:			
City: Sta	te/Providence:	Country:	Zip:
Telephone:	Fax:		
Email:	Authorized Signature:		
All companies providing educational grants are requits own Letter of Agreement, that agreement must be the Accreditor will be used). Should supporter cancel January 21, 2022 are subject to a 25% processing for <i>Please check your educational grant selected</i> CME SUPPORT: PREMIER PLATINUM LEVEL PLATINUM LEVEL GOLD LEVEL GOLD LEVEL Focused Sessions Special Interest Group (SIG)	se submitted for approval and el support on or after January ee. sion below: \$40,000 \$25,000 \$15,000	signature by both the SCVS and the Accr	editor (if necessary, the LOA from ny cancellations submitted prior to \$10,000 \$7,500
PAYMENT INFORMATION: All checks For your security, we cannot accept e Check amount enclosed: \$ CREDIT CARD AMERICAN CXRESS	• •	•	secure fax line below.
Credit Card Number	Expiration Date	Security Code (3-4 numbers or	n front or back of card)
Name as it appears on credit card		Cardholder's Signature	
 Secure Fax: + 978.524.0461 Please check if credit card billing address is information at the top of this form. If billing address is different please enter it 	s same as the contact	ked if credit card number is showin Please complete	g. <u>DO NOT EMAIL.</u> and return this form to:

SCVS 500 Cummings Center, Suite 4400 Beverly, MA 01915 USA Secure Fax: + 978-524-0461

City/State/Postal Code /Country

Company Name

Street Address

WIRE TRANSFER: If preferred payment, please call the SCVS offices at +978.927.8330 for wiring information.