NYSCC SUPPLIER'S DAY
ON-SITE REGISTRATION FORM

(PLEASE PRINT CLEARLY)

You may attach a business card and answer questions 1-5

TITLE: ☐ DR. ☐ MR. ☐ MS.

FIRST NAME: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

MIDDLE NAME: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

LAST NAME: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

COMPANY: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ADDRESS 1: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ADDRESS 2: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CITY:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **STATE:**|__|__|

ZIP: |__|__|__|__|__| **-** |__|__|__|__| **COUNTRY:** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PHONE: (__|__|__) |__|__|__| **-** |__|__|__|__| **FAX:** (__|__|__) |__|__|__| **-** |__|__|__|__|

E-MAIL ADDRESS:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

1. BADGE TYPE:
☐ EXHIBITOR ☐ ATTENDEE

2. AFFILIATION:
☐ 1.MEMBER NYSCC ☐ 2.MEMBER OTHER SCC CHAPTER ☐ 3.NONE

3. BUSINESS TYPE:
☐ 1.PERSONAL BODY WASH ☐ 2.HAIR CARE ☐ 3.SKIN CARE ☐ 4.MAKEUP

☐ 5.ORAL CARE ☐ 6.SUN CARE ☐ 7.OTHER

4. PRIMARY JOB FUNCTION:
☐ 1.PRODUCT DEVELOPMENT ☐ 2.PURCHASING ☐ 3.MARKETING

☐ 4.SALES ☐ 5.QA/AC ☐ 6.MANUFACTURING ☐ 7.OTHER

5. DAYS ATTENDING SHOW:
☐ 1.TUESDAY ONLY ☐ 2.WEDNESDAY ONLY ☐ 3.BOTH TUESDAY & WEDNESDAY