**附件：**

**参会回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 邮 编 |  |
| 通讯地址 |  |
| 联 系 人 |  |  部 门 |  | Email |  |
| 手 机 |  |  电 话 |  | 传 真 |  |
| 参会代表 |  姓 名 | 性别 |  微信号 |  手 机 |  Email或qq |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 到达时间： 8月 日住宿天数： 天住宿要求： □标间 □单间 |
| 1、请您务必准确完整填写上表各项信息,以便制作代表证、通讯录等相关会务资料。2**、请您在回传此确认表后5个工作日内办理付款，汇款注明:创新医疗器械专题研讨会会议费 。**3、请您付款后把汇款底单发送至zgylqxhyxh@126.com，款到后我们会邮寄正式发票。4、我们在会议前一周左右给您发第二轮报到通知。 |
| 单位名称 |  | 金 额 |  |
| 纳税人识别号 |  | 开户行 |  |
| 地 址 |  | 账 号 |  |
| 电 话 |  | 联系人 |  |
| 开票名目 |  | 手 机 |  |
| 开票类型 | □专票 □普票 | 邮寄地址 |  |

 联系人：孙亚宾 手 机：13552226832

 电 话：010-59465799 传 真：010-59465799

 邮 箱：zgylqxhyxh@126.com