**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