**关于召开DIP医保支付方式改革与卫生技术评估作用的高级研讨会参会回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | 邮 编 | | |  |
| 通讯地址 |  | | | | | | | |
| 联 系 人 |  | 职务 | |  | 手 机 | | |  |
| 参会人 | 职务 | | 手机 | | | | 邮箱 | |
|  |  | |  | | | |  | |
|  |  | |  | | | |  | |
| 1、请您务必准确填写各项信息,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7个工作日内办理付款，汇款注明:DIP医保支付方式改革与卫生技术评估作用的高级研讨会专题交流会款项。**  3、付款后把汇款底单发送至 bjdfyzsc@163.com，到款后，会议当天领取发票。 | | | | | | | | |
| 发票抬头 |  | | | | | | | |
| 纳税人识别号 |  | | | | | | | |
| 开票项目 | 会议服务费 | | 开票金额 | | |  | | |

联系人：陈涛

手 机:13910963717（同微信）

邮 箱：[bjdfyzsc@163.com](mailto:bjdfyzsc@163.com)；