**关于召开医疗器械耗材带量采购政策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:医疗器械耗材带量采购政策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)；