

附件 1:

2018 中美卫生合作论坛参会回执

(7 月 7~8 日 苏州太湖国际会议中心)

医院名称						邮编	
医院地址							
航班信息							
医院电话		邮箱				传真	
联系人 或负责人		职务		手机 (必填)		邮箱 (必填)	
参会嘉宾 1		职务		手机		邮箱	
参会嘉宾 2 (如不足, 可另附页)		职务		手机		邮箱	
住宿安排	1) 苏州太湖香山国际酒店: 标间____ 间(约 600 元/间夜) 单间____ 间(约 600 元/间夜)						
	2) 苏州太湖高尔夫大酒店: 标间____ 间(约 550 元/间夜) 单间____ 间(约 550 元/间夜)						
	3) 苏州太湖度假酒店: 标间____ 间(约 550 元/间夜) 单间____ 间(约 550 元/间夜)						
	入住时间	2018 年 7 月____日			退房时间	2018 年 7 月____日	
注册缴费	注册费: ____元/人× ____人= ____元						
	缴费标准: 非会员单位, ¥1500, 会员单位, ¥1300; 会员单位团体注册 10-50 人, ¥1200; 团体注册 50 人以上, ¥1000。						
发票事项	发票抬头				纳税人识别号		
注意事项	<p>1. 大会内容如有调整, 恕不另行通知; 请在 06 月 10 日前将回执发至 ljgao@evomt.com。</p> <p>2. 大会接受会前银行汇款缴费, 汇款缴费请注明“中美论坛”。大会不办理缴费退款, 07 月 02 日起不再接受转账、汇款。现场缴费支持现金、刷卡、支付宝和微信缴费, 请提前准备好开具电子发票的信息(发票抬头、联系方式、纳税人识别号)。</p> <p>转账汇款信息: 账户名称: 中国医院协会 开户行: 招商银行北京分行北三环支行 账号: 86 2281 2998 10001</p> <p>3. 请务必填写联系人手机及电子邮箱, 方便开具发票。发票及会议资料请在大会现场凭汇款底联复印件领取。</p> <p>4. 出席大会人员交通住宿费用自理, 会议不安排接送机/站, 会议期间(7 月 7 日-8 日)将为参会代表免费提供工作午餐。</p>						

注: 请填写此表邮件(ljgao@evomt.com & chainternational@126.com)、邮寄至组委会, 复制有效。

注：请填写此表邮件（1jGao@evomt.com & chainternational@126.com）、邮寄至组委会，复制有效。