附件2

**2022中国医院大会**

参会回执

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | **邮编** |  |
| **通讯地址** |  |
| **电话** |  | **传真** |  |
| **参会嘉宾1****联系人** |  | **职务** |  | **手机****（必填）** |  | **邮箱****（必填）** |  |
| **参会嘉宾2** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **参会嘉宾3** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **参会嘉宾4** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **参会嘉宾5** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **注册参会** | 注册费：元/人×人= 元 |
| 缴费标准：会员单位，￥1000，非会员单位，￥1500；会员单位团体注册，每10人免1人。 |
| **住宿安排** | 入住时间 | 2022年4月 日 | 离会时间 | 2022年4月 日 |
| **发票开具** | 发票抬头 |  | 纳税人识别号 |  |
| **注意事项** | 1. 大会具体安排请关注官网（www.cha.org.cn）；大会内容如有调整，恕不另行通知。参会报名请邮件zgyydh2022@163.com, chazgyydh@163.com；传真010-84270958或扫描二维码线上报名。此表复制有效。
2. 报名注册缴费（大会恕不办理预缴退款）：

（1）线上缴费：请识别二维码进行注册缴费（填写正确的发票抬头全称及单位统一社会信用代码18位，自行开具增值税电子普通发票）。（2）汇款缴费（截止4月5日）：汇款请注明“中国医院大会”。汇款信息：账户名：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。（3）现场缴费（4月8日~9日）：可刷卡、微信、支付宝支付，大会可开具增值税电子普通发票（电子发票二维码缴费当日有效）。3.参会代表不安排接送机/站，出席人员交通住宿费用自理。会议期间（4月9日）将为注册参会代表免费提供工作午餐。 |