**附件2：**

**2023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，￥1600；会员单位团体注册，每10人免1人。 | | | | | | |
| **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。报名参会请邮件发送至zgyydh2023@163.com、 chazgyydh@163.com、chazgyyxh@163.com，传真至010-84270958或扫描二维码线上报名。 2. 报名注册缴费（大会恕不办理预缴退款）：   （1）线上缴费：会前请识别二维码注册缴费（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（截至5月22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（5月26日~28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）。   1. 参会代表恕不安排接送机/站，出席人员交通住宿费用自理。 | | | | | | |