**附件3**

**2024中国医院质量大会**

参会回执

**（浙江杭州，11月8日~10日）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | | | | | **邮 编** |  |
| **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** |  |
| **参会嘉宾6** |  | **职 务** |  | **手 机** |  | **邮 箱** |  |
| **注册参会** | 注册费： 元/人×人= 元 | | | | | | |
| 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。 | | | | | | |
| **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）。大会安排如有调整恕不另行通知。参会代表恕不安排接送机/站，出席人员交通住宿费用自理。 2. 报名参会请邮件发送至zgyyzldh2024@163.com，chazgyyxh@163.com，传真至010-84270958或扫描右侧二维码线上报名。 3. 注册缴费：   （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）现场缴费（11月8日~9日）：可刷公务卡、支付宝及微信支付，并自助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. 此表复制有效。 （中国医院协会制表） | | | | | | |