**附件3：**

2018中国医院质量大会参会回执

**（5月17~19日 北京国家会议中心）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医院名称** |  | | | | | | | | **邮编** | |  |
| **医院地址** |  | | | | | | | | | | |
| **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** |  | **职务** | | |  | **手机** |  | | **邮箱** | |  |
| **参会嘉宾3** |  | **职务** | | |  | **手机** |  | | **邮箱** | |  |
| **住宿安排** | 1）酒店1：标间 间（约900元／间夜) 单间 间（约900元／间夜) | | | | | | | | | | |
| 2）酒店2：标间 间（约700元／间夜） 单间 间（约700元／间夜） | | | | | | | | | | |
| 3）酒店3：标间 间（约550元／间夜) 单间 间（约550元／间夜) | | | | | | | | | | |
| 入住时间 | | | 2018年5月 日 | | | 退房时间 | | 2018年5月 日 | | |
| **注册缴费** | 注册费： 元/人× 人= 元 | | | | | | | | | | |
| 缴费标准：非会员单位，￥2000，会员单位，￥1600；会员单位团体注册10-50人，￥1500；团体注册50人以上，￥1400。 | | | | | | | | | | |
| **发票事项** | 发票抬头 | |  | | | | | 纳税人识别号 | |  | |
| **注意事项** | 1.大会内容如有调整，恕不另行通知；请在5月10日前将回执发至zgyyzldh@163.com。  2.大会接受会前缴费，支持转账、汇款、支付宝和微信支付，并可开具**电子发票**。缴费请注明“**质量大会**”**，**并注明**发票抬头**、**联系方式及纳税人识别号**。大会不办理缴费退款，5月10日起不再接受转账或汇款。**现场缴费**支持现金、刷卡、支付宝和微信支付，需开具发票的单位须提供**纳税人识别号**。  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  3.请务必填写联系人手机及电子邮箱，方便开具电子发票。纸质发票及会议资料请在大会现场凭汇款底联复印件领取。  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（18-19日）将为参会代表免费提供工作午餐。 | | | | | | | | | | |

**注：请填写此表邮件（zgyyzldh@163.com）、传真（010-68299291/93）或邮寄至组委会，复制有效。**