附件3

2018中国医院大会参会回执

**（9月20~21日北京九华国际会展中心大酒店）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  |
| **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** |  |
| **参会嘉宾4** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **参会嘉宾5** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **住宿安排** | 请参会代表自行联系酒店预订房间，北京九华国际会展中心大酒店订房电话：**杨经理 13911662750**。 | | | | | | |
| **注册缴费** | 注册费：元/人×人= 元 | | | | | | |
| 缴费标准：非会员单位，￥2500/人，会员单位，￥2000/人；会员单位团体注册10-49人，￥1800/人；50-100人，￥1600/人；100人以上，￥1200/人。 | | | | | | |
| **注意事项** | 1.大会内容如有调整，恕不另行通知；[请在9月14日前将回执发至zgyydh2018@163.com](mailto:请在9月14日前将回执发至zgyydh2018@163.com)。  2.**会前缴费**（截止时间9月16日）  （1）银行汇款缴费请注明“**医院大会**”，一经缴费，不予退款；请提前准备好开票信息，于19日和20日上午到大会报到处领取增值税电子普通发票。（电子发票二维码当日有效，过期作废）。  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  （2）个人通过微信、支付宝汇款，请扫描右方二维码，进入报名系统，  报名、缴费、开具增值税电子普通发票（电子发票二维码当日有效，过期作废）。  3.**现场缴费**可刷卡、微信、支付宝，开具增值税电子普通发票（电子发票二维码当日有效，过期作废）。  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（20-21日）将为参会代表免费提供工作午餐。 | | | | | | |

**注：请填写此表邮件（zgyydh2018@163.com）、传真（010-68299291/93）或邮寄至组委会，复制有效。**