附件3 **2019中国医院大会参会回执**

**（7月4日～7日 厦门国际会展中心）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医院名称** |  | | | | | **邮编** |  |
| **医院地址** |  | | | | | | |
| **医院电话** |  | **传真** |  | **邮箱** |  | | |
| **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** |  |
| **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** | 请参会代表自行解决住宿，提前预订酒店。 | | | | | | |
| **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；团体注册50-100人，￥1600/人；100人以上，￥1200元/人。 | | | | | | |
| **注意事项** | 1.大会内容如有调整，恕不另行通知；[请将回执发至hwb@cha.org.cn](mailto:请将回执发至hwb@cha.org.cn)。  2.会前缴费（截至7月1日）：  （1）银行汇款缴费请注明“医院大会”。大会不办理缴费退款，汇款时请务必填写联系人手机及电子邮箱。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，请扫描二维码进入报名系统直接报名缴费，可开具增值税电子普通发票（电子发票二维码当日有效）。    3.现场缴费：可刷卡、微信、支付宝，可开具增值税电子普通发票（电子发票二维码当日有效）。  4.参会不安排接送机/站。出席大会人员交通住宿费用自理，住宿可登录官网查询联系人及推荐酒店。会议期间（7月4日～7日）将为参会代表免费提供工作午餐。 | | | | | | |

**注：请邮件hwb@cha.org.cn或扫描二维码进入中国医院大会报名系统报名缴费，此表复制有效。**