附件3

|  |
| --- |
| **2020年（第六届）中国药品交易年会邀请回执** |
| 请在所选项目的□中打“√”，本回执中“\*”为必填项目,敬请支持。 |
| 单位名称 |  | 联系人  |  |
| 单位地址 |  | 会员编号U**\*\*\*\*\*\***  |  |
| 会员属性 | 药品A | 耗材B | 医疗机构C | （生产企业1） （配送企业2） （进口代理企业3） |
| \*请根据报名会员企业属性填写对应情况（如药品生产企业为A1、医院为C） |  |
| **邮 编** |  | **电 话** |  |
| **是否需预定住宿** | □是 | **酒店房间需求** | □标单房间(需补单房差) |
| □否 | □标双房间 |
| \***姓名** | \***性别** | \***职务** | \***联系电话** | \***身份证号** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **如需开发票请填写** | **增值税普通发票** | 纳税人识别号 |  |
| **增值税专用发票** | 纳税人识别号 |  |
| 公司地址 |  |
| 公司电话 |  |
| 开户银行 |  |
| 银行账号 |  |
| 参与活动\* （请在活动左边列通过下拉菜单选择是否参与活动） |
| 拟参加□ | 11月17日下午 **医用耗材高峰论坛**\* |
| 拟参加□ | 11月17日晚上 **晚餐交流会**\* |
| 拟参加□ | 11月18日全天 **开幕式、主旨论坛**\* |
| 拟参加□ | 11月18日晚上 **晚餐交流会（颁奖典礼）** |
| 填表人信息 |
| 姓名 |  | 联系电话 |  | 邮箱 | 　 |