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 | |  |