附件2：

**2023中国医疗装备创新转化高质量发展大会暨**

**中国食药促进会医院装备创新转化分会成立大会**

**参会回执表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | | | | | | **邮编** |  |
| **通讯地址** |  | | | | | | | |
| **姓 名** |  | **性别** | |  | **职务** |  | **电话** |  |
| **联 系 人** |  | **性别** | |  | **职务** |  | **电话** |  |
| **申**  **报**  **事**  **项** | **一、参与类型**  □个人会员 □单位会员  **二、本次大会合作**  □协办单位 □支持单位 □赞助单位  **三、是否需要安排住宿**  □否 □是 房间数量 间  **四、付款方式**  □转账 □现金 □刷卡 □扫码 | | | | | | | |
| **发票开具** | 发 票 抬 头 | |  | | | | | |
| 纳税人识别号 | |  | | | | | |
| 接收发票邮箱 | |  | | | | | |
| **备 注** |  | | | | | | | |

温馨提示：

1、上表“□”部分请确认后打“√”，本表填写完成后，请于2023年12月4日前发送至邮箱：1262817556@qq.com。

2、此表复制有效。