**附件3：**

2019中国医院质量大会参会回执

**（5月30日～6月1日 成都市世纪城国际会议中心）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | |  |
| **住宿安排** | 1）酒店1：标间 间（约850元／间夜) 单间 间（约900元／间夜) | | | | | | | | | | |
| 2）酒店2：标间 间（约700元／间夜） 单间 间（约750元／间夜） | | | | | | | | | | |
| 3）酒店3：标间 间（约500元／间夜) 单间 间（约550元／间夜) | | | | | | | | | | |
| 入住时间 | | | 2019年5月 日 | | | 退房时间 | | 2019年 月 日 | | |
| **注册缴费** | 注册费： 元/人× 人= 元 | | | | | | | | | | |
| 缴费标准：非会员单位，￥2000，会员单位，￥1600；会员单位团体注册10-29人，￥1500；团体注册30人以上，￥1400。 | | | | | | | | | | |
| **发票事项** | 发票抬头 | |  | | | | | 纳税人识别号 | |  | |
| **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zgyyzldh@163.com或传真至010-81400690。  2.会前缴费（截至5月20日）：  （1）银行汇款缴费请注明“质量大会”.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：可现金、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（5月31日～6月1日）将为参会代表免费提供工作午餐。 | | | | | | | | | | |

**注：请邮件zgyyzldh@163.com、传真010-81400690或官网报名至中国医院协会，此表复制有效。**