

附件 2:

2017 中国医院大会注册表

2017 年 8 月 26-28 日 北京会议中心

请打印或以标准字体填写此表:

基本信息			
姓名_____ 拼音_____			
单位名称_____			
职务/职称_____ 性别_____ 民族_____			
手机_____ 传真_____			
电话_____ 电子邮件_____			
单位地址_____ 邮编_____			
	中国医院协会会员单位人员及单位团体 10 人以上	2000 元/人	
注册费	非中国医院协会会员单位人员及其他	2500 元/人	
住 宿	酒店 1:	双人标间____ 间(850 元 / 间夜)	单间____ 间 (900 元 / 间夜)
	酒店 2:	双人标间____ 间(600 元 / 间夜)	单间____ 间 (650 元 / 间夜)
	酒店 3:	双人标间____ 间(500 元 / 间夜)	单间____ 间 (550 元 / 间夜)
汇款方式		联系方式	
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: 862281299810001		联系人: 华光大 张仿玥 电 话: 010-68299289 010-68299288 18610359727 13910605085 传 真: 010-68299291 注册报名邮箱: zggydh2017@163.com 地 址: 北京市海淀区复兴路 28 号 301 医院老南楼 309 室(邮 编: 100853) 官 网: www.cha.org.cn	

注意事项:

- 1、 大会活动内容如有调整, 恕不另行通知;
- 2、 汇款时请务必注明“中国医院大会”、个人汇款注明发票抬头和联系方式;
- 3、 汇款时请在回执上填写汇款单位纳税人识别号, 现场缴费单位需出示纳税人识别号。
 汇款发票及会议资料请在大会现场凭汇款底联复印件领取;
- 4、 大会不办理注册费退款, **8月18日**起不再接受汇款, 现场注册缴费可现金或刷卡支付;
- 5、 出席大会人员交通住宿费用自理, 会议期间将为参会代表免费提供工作午餐, 详细信息请查询 www.cha.org.cn;
- 6、 请填写此表并传真或邮寄至大会组委会, 网上报名和填表邮寄、传真报名只需一种方式即可。