**2017世界远程医学（华语）论坛**

**2017中国远程医药健康联盟大会**

**参会注册表**

**备注：填写此表后请发送邮件至：** [**819693557@qq.com**](mailto:819693557@qq.com) **联系人：孟素娥 18618477298**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本信息** | | | | | | | | | | | | |
| **单位信息** | | **单位名称** | | |  | | | | | | | |
| **单位英文** | | |  | | | | | | | |
| **单位地址** | | |  | | | | | | | |
| **个人信息** | | **姓名** | | |  | | | **姓名拼音** | | |  | |
| **职务** | | |  | | | **性别** | | |  | |
| **邮箱** | | |  | | | **手机** | | |  | |
| **身份证号/护照号** | | |  | | | | | | | |
| **联系人信息** | | **姓名** | | |  | | **职务** |  | | | **手机** |  |
| **参加的会场:** | | | | | **2017中国远程医药健康联盟大会** | | | | **赋予你的注册号码是:** | | | **由组委会统一编写** |
| **注：一人一表**，**请填写真实信息，以便顺利完成注册，对于您提交的信息我们将严格审查及保密！** | | | | | | | | | | | | |
| **注册费用** | | | | | | | | | | | | |
| **会议费** | | | **3000元/人** | | | **注册方式** | | **注：**1.可全程参加杭州和苏州的所有会议  2.费用包含论坛资料、工作午餐和茶歇 | | | | |
| **Gala Dinner晚宴** | | | **300元/人** | | | □汇款 □现场注册 | |
| **汇款说明** | | | | | | | | | | | | |
| **户 名** | 上海科技会展有限公司 | | | | | | | **注：**1.汇款时请务必注明**Medinfo华语论坛**、**汇款单位**和**参会代表姓名**.  2.汇款后请将汇款凭证发送至：**819693557@qq.com。** | | | | |
| **开户行** | 交通银行上海市西支行 | | | | | | |
| **账 号** | 310066085018000761488 | | | | | | |
| **发票信息** | | | | | | | | | | | | |
| **如需开具发票，请填写以下带“\*”号信息：(如开个人，在“单位名称”一栏填写名字即可。)** | | | | | | | | | | | | |
| **\*发票抬头** | | | |  | | | | | | **发票内容：**□会务费 □会议费 □会议注册费 （任选一项） | | |
| **\*纳税人识别号** | | | |  | | | | | | | | |
| **如需开具增值税专用发票，还需填写如下信息：（发票统一现场领取）** | | | | | | | | | | | | |
| **公司地址、电话** | | | |  | | | | | | | | |
| **开户行名称及账号** | | | |  | | | | | | | | |
| **联系人：**邵 荣 孟素娥 **联系方式：**13683080588 18618477298  **邮箱：819693557@qq.com**  **会议网址：**www.medinfo2017.org ，会议详情时时更新，请至官网查询！！ | | | | | | | | | | | | |