附件：

体外诊断试剂性能评价培训报名回执表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 联系人 |  |
| 通讯地址 |  | 电 话 |  |
| E-mail |  | 微 信 |  |
| 发票信息（普票） | 发票抬头 |  |
| 纳税人识别号 |  |
| 服务名称（二选一） | □\*研发和技术服务\*培训费□\*会展服务\*会议费（可索取会议通知） |
| 汇款信息 | 户 名：《医疗装备》杂志社有限责任公司开户行：光大银行北京德胜门支行帐 号：083501120100304032800 | □提前汇款 |
| □现场现金交费 |
| 汇款金额（大写）： ¥： 元 |
| 培训人姓名 | 性别 | 部门 | 职务 | 身份证号（证书用） | 手机号 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**备注：**

1. 请将填好的报名表发送至邮箱ylzbzzspx@163.com；
2. 建议提前电汇培训费，现场直接领取发票；如需现场交费，请提前到场并准备现金，发票将在会后领取；
3. 培训日程、具体地点、乘车路线等信息将于培训前5天通过报名邮箱通知。