“医疗器械植入试验及病理分析”培训班报名回执表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | | | | | | |
| 多人开票 | | □开在一起 □每人单开 | | | | | | |
| 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. 请将填好的回执表于2019年10月12日前发送至邮箱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（不支持银行卡、微信、支付宝等），发票将在会后领取；
3. 培训指南（含日程安排、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。