

附件 3

2019 “一带一路” 国际医疗·健康合作推进会 参会回执

(6 月 29 日~7 月 1 日 海南省海口市鲁能希尔顿酒店)

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		
参会嘉宾 3								
.....								
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 6 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 2400 元/人; 会员单位 2000 元/人; 会员单位团体注册资费标准: 10-49 人, 1800 元/人; 50-100 人, 1600 元/人; 100 人以上, 1200 元/人。 各医院合作联盟成员单位缴费标准: 各医院合作联盟成员单位需为中国医院协会会员。注册费标准为: 1600 元/人, 团体注册费标准为: 10-49 人, 1500 元/人; 50-100 人, 1300 元/人; 100 人以上, 1200 元/人。 注: “共商·共建·共享” 合作交流沙龙单独收费, 费用标准 300 元/人。							

注意事项	<ol style="list-style-type: none">1. 大会内容如有调整,恕不另行通知;请将回执发至 cha-international@cha.org.cn 或传真至 010-81400690。2. 会前缴费(截至6月21日):<ol style="list-style-type: none">(1) 银行汇款缴费请注明“一带一路会议”.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(6月29日~7月1日)将为参会代表免费提供工作午餐。
-------------	---

注:大会将提供会议系统报名入口提交注册信息。