**参展信息报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 展会名称 | 国际检验医学精准诊疗峰会暨2019IVD技术创新与成果转化展 |
| 展会日期 | 2019年12月1日-2日 |
| 展会地点 | 重庆悦来国际会议中心 |
| 展位费用 | 3X3m |  | 6X6m |  |
| 参展单位名称 |  |
| 地址 |  |
| 联系人 |  | 职务 |  |
| 座机 |  | 传真 |  |
| 移动电话 |  | E-mail |  |
| 汇款信息 | 开户银行 |  |
| 账号 |  |
| 户名 |  |
| 展位预定信息 |
| 申请展位 | 3X3m |  | 参展人数 |  |
| 6X6m |  |
| **说明：**1. 报名表可从https://2019ivd.medmeeting.org/cn网站下载
2. 展位按国际标准3X3M,每个展位收费： 按国际标准6X6M,每个展位收费：
3. 报名截止日期：2019年11月15日
4. 展位最后确认日期：2019年11月20日

**请在汇款时务必标明“国检精准诊疗峰会”字样。**①参展企业若会前不能将赞助款项汇到指定帐户，不得进场搭建；②参展企业已打款，但收款方尚未查到，请于报到注册时提供汇款凭证，否则不得进场搭建。**付款时间表**2019年11月20日前付清全款，所有展商需要交付定金，会务组接受现金或转账两种付款方式。收款单位：北京聚合星云科技有限公司账号： 91160078801600000147开户银行：上海浦东发展银行北京亚运村支行**取消和退款**2019年11月25日前退已交款项的50%，2019年11月25日后不再退款。此款项适用于本次峰会所有合作项目在内的所有预订。已报名参展因故取消的单位请以书面形式(包括信件、传真)提前通知秘书处。展览费退款均在大会结束后 |
| 承办单位（盖章）代表签字：年 月 日 | 申请单位（盖章）代表签字：年 月 日 |

**备注：**

**此表填写好后传真或邮寄至：**

地址：

报名及资讯负责人: 刘煦 联系电话：13983907686 E-mail: 38153488@qq.com

合同及汇款负责人：孙楠 联系电话：18600002125