附件：

**参会回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | | | |
| 联系人 | |  | | | | 电话 |  | |
| 电子邮箱 | |  | | | | 微信 |  | |
| 企业性质 | | □经营企业 | | □生产企业 □其他 | | | | |
| 姓名 | | 性别 | 职务 | | 手机号码 | | | 住宿安排/时间 |
|  | |  |  | |  | | | □住宿 □不住宿入住日期：  退房日期： |
|  | |  |  | |  | | | □住宿 □不住宿入住日期：  退房日期： |
| 请勾选有意愿  参观的药房 | | □安徽天星大药房新特药旗舰店 合肥市蜀山区梅山路143号  □合肥苏祥大药房绩溪路店 合肥市蜀山区绩溪路29号  □合肥新稀特大药房绩溪路店 合肥市蜀山区绩溪路321号  温馨提醒：  专业药房统一参观接待时间为 1月8日 9:30-11:00，请您提前安排好行程 | | | | | | |
| 开票信息 | | 单位名称： | | | | | | |
| 纳税人识别号： | | | | | | |
| 地址、电话： | | | | | | |
| 开户行及账号： | | | | | | |
| 邮寄地址 | |  | | | | | | |
| 备 | 注 | 第三届医保论坛 | | | | | | |

备注：请您完整填写参会回执，于 12月24日前发送电子邮件至协会邮箱： [ahsyysyxhmsc@126.com](mailto:lsyd@capc.org.cn) 。