医疗器械流通质量管理培训班报名回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 联系人\* |  | | 手机\* | |  | | | 联系电话 |  |
| 单位\* |  | | | | | | | 传真\* |  |
| 通讯地址\* |  | | | | | | | 邮编 |  |
| 是否住宿 | □否； □单住； □拼住。需协助安排\_\_\_日至\_\_\_日住宿，共\_\_\_间 | | | | | | | | |
| 发票类型\* | □增值税普通发票 □增值税专用发票 | | | | | | | | |
| 增值税专用  发票信息  **（开专票必填）** | 开票单位名称 | | |  | | | | | |
| 纳税人识别号 | | |  | | | | | |
| 地址及电话 | | |  | | | | | |
| 开户行及帐号 | | |  | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 职务/职称 | | | | 手机号码\* | E-mail地址\* | | |
|  |  |  | | | |  |  | | |
| 您对本培训  的建议 |  | | | | | | | | |

注：1．\*为必填项。本表可复制。请各单位将完成的报名回执发至[shanghuipeixun@163.com](mailto:%E7%BD%91%E7%AB%99%E5%9C%A8%E7%BA%BF%E6%8A%A5%E5%90%8D%E6%88%96%E8%80%85%E5%A1%AB%E5%86%99%E5%9B%9E%E6%89%A7%E8%A1%A8%E5%8F%91%E8%87%B3%E5%95%86%E4%BC%9A%E9%82%AE%E7%AE%B1shanghuipeixun@163.com)。

2．开具增值税普通发票或增值税专用发票请咨询单位财务。

3．不需要开增值税专用发票的单位，“开票单位名称”、“纳税人识别号”两项必填。