附件2

参评医疗机构报名回执

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 姓 名 | 性别 | 部门 | 职务/职称 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| （付款凭证截图） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 附件3**增值税专用（普通）发票开具客户信息表（必填）** |
| **(Client Information for VAT Fapiao Issuing)** |
| **填写日期：** |
| **Date of Filling in:** |
| 公司注册登记的名称（单位名称） |  |
| Full Company Register Name |
| 纳税人识别号（即税务登记证号） |  |
| Tax Registration No. |
| 税务登记证上地址和电话 |  |
| Company Address / Tel. |
| （如发票、合同邮寄地址与上述地址不符，请另填如下） |  |
| 发票邮寄地址、电话及收件人 |
| Company Address /Tel./Attention |
| 开户行及账号 |  |
| Bank Name/Account No. |
| 项目负责或财务部 联系人姓名及电话 |  |
| Finance Contact Person / Tel. |