附件1

**中国非公立医疗机构协会血液病专业委员会**

**第二届委员会委员候选人所在机构信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **机构名称** |  | | | | | | | |
| **机构地址** |  | | | | | **邮编** | |  |
| **座机** |  | | | | **传真** |  | | |
| **机构性质** | □公立 □非公立：□民营□外资□中外合资□混合制□上市公司□国有公司 | | | | | | | |
| **机构规模** | 级别（如有）： 床位数（如有）： | | | | | | | |
| **机构类型** | □企业 □医疗机构：□综合医院 □专科医院 □健康管理机构 □其它 | | | | | | | |
| **法人代表** |  | **手机号** |  | | | **邮箱** |  | |
| **联系人** |  | **手机号** |  | | | **邮箱** |  | |
| **机构简介：（可另附页）** | | | | | | | | |
| **机构推荐意见** | | | | **中国非公立医疗机构协会意见** | | | | |
| **（印章）**  **年 月 日** | | | | **（印章）**  **年 月 日** | | | | |

**机构推荐代表信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | |  | **性别** |  | | | **民族** | |  | 照  片 |
| **出生年月** | |  | **身份证号** |  | | | | | |
| **学历** | |  | **技术职称** |  | | | **政治面貌** |  | |
| **所在机构** |  | | | | | | **职务** | |  | |
| **机构关系** | □执业注册机构 □多点执业机构 | | | | | | | | | |
| **专业** |  | | | | | | | | | |
| **联系电话** |  | | | | | **电子信箱** | |  | | |
| **手机** |  | | | | | **微信号** | |  | | |
| **其他社会职务** |  | | | | | | | | | |
| **本人主要简历、专业背景及主要业绩（可另附页）** | | | | | | | | | | |
| **本人签名** | | | | | **中国非公立医疗机构协会意见** | | | | | |
| **年 月 日** | | | | | **（印章）**  **年 月 日** | | | | | |

附件2

**中国非公立医疗机构协会血液病专业委员会**

**2021年学术年会参会回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 工作单位 |  | 职称/职务 |  |
| 手 机 |  | 电子邮箱 |  |
| 是否需要订房 |  | 选择酒店名称 |  |
| 备注： | | | |

请参会人员认真填写参会回执，并于2021年10月10日前通过邮件方式反馈至会务组。

会议联系人：

会议统筹：董玉光 18146515657

会议订房及报名：关 巍 15901161133

会议招商：曹 丽 13901058317

联系邮箱：[zgfgxy@163.com](mailto:zgfgxy@163.com)

附件3

**会员入会操作指南**

一、协会介绍

请通过扫描下方二维码，下载协会宣传手册，同时关注协会微信公众号，了解协会工作动态。

**QR 代码

描述已自动生成QR 代码

描述已自动生成**

**协会宣传手册 协会微信公众号**

二、会费标准

（一）医疗机构会员会费标准：

1.三级综合医院（500 张床位以上）：3000元/年；

2.二级以下综合医院（10-499 张床位）：1000元/年；

3.综合及专科门诊部（包括健康体检机构、第三方独立影像中心、临床检验中心等）、诊所（包括卫生所（室）、专科疾病防治院（所）等）：500元/年；

4.其他各类专科医院按照医疗机构设置审批时自主申请或卫生健康行政部门核准的医院级别，参照各级综合医院会费标准。

（二）非医疗机构类企业会费标准：10000元/年。

（三）地方行业协会会费标准：1000元/年。

（四）个人会员会费标准：50元/年，须一次性缴纳5年会费。

注：单位会员可一次性缴纳5年会费，也可每年缴纳。

三、会员入会流程

（一）会员续费

请登陆协会官网（http://www.cnmia.org）右上角“会员中心”版块，凭注册时登记的联系人手机号登录，初始密码为手机号后六位，进入会员中心首页，点击“会员缴费”，按照要求通过微信扫码或者银行转账方式完成会费缴纳。

（二）新会员入会

登陆协会官网（http://www.cnmia.org）点击右上角“会员中心”-“入会申请”，申请人所在单位为社会办医疗机构或企业须申报单位会员，按照要求提交相关信息，完成会员注册。协会审核批准入会后，请根据邮件和短信收到的提示，登录“会员中心”缴纳会员会费。申请人/单位须于批准入会之日起30日内完成会费缴纳。

注：入会注册时请务必勾选加入**血液病专业委员会**，完成入会缴费后，请联系告知专委会秘书处联系人。

秘书处联系人：董玉光 18146515657

联系邮箱：[zgfgxy@163.com](mailto:zgfgxy@163.com)

四、会费发票及会员证书

协会现已全面使用全国性社会团体会费统一票据电子版，不再使用纸质票据。请会员在协会官网“会员中心”提交开票信息，电子票据开具后将发送至预留邮箱。在规定时间内足额缴纳会费后，会员可在“会员中心”中下载并打印会员证书。