附件4-1

**中国非公立医疗机构协会**

**会费缴纳回执单**

|  |
| --- |
| 汇款单位名称： |
| 发票抬头、税号： |
| 开票金额： （单位：元） |
| 汇款时间： |
| 会员证书名称（会员单位名称）： |
| 电子发票接收手机号码： |
| 电子发票和会员证书接收邮箱： |
| **（此处粘贴“汇款凭证截图”）** |

备注：请务必认真填写并邮件发送至指定邮箱hyzzb@cnmia.org。