附件2：

**中国非公立医疗机构协会麻醉专委会**

**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） |
| 电子发票接收电话及邮箱： |
| 会员证书名称（会员单位名称）： |
| 证书邮寄地址： |
| 收件人及联系电话： |
| 汇款时间： |
| **（此处粘贴“汇款凭证截图”）** |

备注：如通过银行转账方式缴纳，请汇款后务必将银行汇款凭证和会费缴纳回执单发送至联系邮箱：fgyxmzzwh@cnmia.org。