附件3

**2017年MEDICA考察参团回执**

单位公章：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | 邮编 | |  |
| 单位详细地址 |  | | | | |
| 参团人员姓名 |  | 姓名拼音 |  | | |
| 性别 |  | 职务或职称 |  | | |
| 出生日期 |  | 行程类别  （请选择√） | | 行程1 （8天） □  行程2 （11天） □  行程3 （11天） □ | |
| 办公室电话 |  | 手机 |  | | |
| 邮箱 |  | | | | |
| 护照号 |  | 护照有效期 |  | | |
| 关注的产品领域 | □影像设备 □一次性耗材 □手术器械 □骨科器材  □血管介入 □呼吸麻醉 □伤口护理 □康复辅具  □远程医疗 □牙科 □诊断监护 □ IVD  □移动医院 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 联系人姓名 |  | 联系人电话 |  | | |
| 联系人邮箱 |  | | | | |

备注：1.此表内容为办理批件所用，请正确填写；   
2.贵单位如派多人参加，请复制；   
3.上述部分内容的填写请与本人护照一致；   
4.单人报名需与同性别团友合住或补交单房差 ；  
咨询电话：010-68330336  010-53394438  
回执发送：邮件 gaofenzibest@163.com