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