**附件：**

请各单位填好报名回执表后，提前传真到会务组，以便会务安排。

联 系 人：陈老师 手 机：13811724314

联系电话：010-83393713 传 真：010-83393713

**“第六届药品流通行业发展战略”高峰会 报名回执表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 邮编 |  |
| 通讯地址 |  | 邮箱 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | 传真 |  |
| 学员姓名 | 性 别 | 部门职务 | 手机 | 住宿 |
|  |  |  |  | 单间□标间□否□ |
|  |  |  |  | 单间□标间□否□ |
|  |  |  |  | 单间□标间□否□ |
|  |  |  |  | 单间□标间□否□ |
| 汇款账户 | 开户行：工商银行北京玉东支行户 名：中瑞博（北京）企业管理咨询中心帐 号：0200　2078　0920　0115　375 |
| 汇款金额 | 万 仟 佰 拾 元 整 | 电汇日期 | 月 日 |
| 您所关心的问题 |  | 单位盖章：经办人员签字： |

此表可复制