

首届江淮风湿免疫高峰论坛暨安徽省健康服务业协会风湿免疫分会成立大会企业合作伙伴报名回执

公司名称：

联系地址：

手机：

联系人：

电话：

传真：

邮编：

拟定参展方式（请在空格中打勾）：

☐方案一 ☐方案二 ☐方案三 ☐方案四 ☐其他：

拟定使用参会金额方式（请在空格中打勾）：

☐转账至指定帐户 ☐会场展厅 ☐餐饮 ☐特邀代表差旅费

其它事项：

1. 是否需要增加展位面积，拟增加展位面积：

☐ 是 ☐ 否

2. 是否需要购买餐券和安排住宿：

☐ 是 ☐ 否

公司盖章和签名：

日期：