附件1

医药电商统计培训回执

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 联系方式 | | 是否住宿 | 是否参加26日晚宴 |
|  |  |  |  | |  |  |
| 住宿人员请填写以下内容 | | | | | | |
| 住宿时间 | 入住日期： 月 日 | | | 退房日期： 月 日 | | |
| 住宿要求 | □大床房  □双床房  □标间拼住  其他特殊要求：  住宿费：500元/间/天 含早餐 | | | | | |

注：1、需要会务组安排住宿的人员请将相关信息填写完整；

2、住宿标准默认为标间拼住，如需单间或其他特殊要求请在“住宿要求”中填写，由于房源紧张，不接受现场更换、增加房间及延长住宿时间；

3、办理入住时住宿费由酒店收取，酒店开具发票，请各参会人员提前准备好增值税发票信息。