附件：

**第七届中国营养健康食品产业高峰论坛参会报名表**

**年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | | 邮 编 |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | |
| 联 系 人 |  | | | | E-mail | |  | | |
| 电 话 |  | | | | 传 真 | |  | | |
| 参会代表 | 性别 | 职务/部门 | 电话 | 手机 | | E-mail | | | 身份证号码 |
|  |  |  |  |  | |  | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | | |  |
| **费用总额** | 万 仟 佰 拾 元整 | | | | | | 小 写 | | ￥： |
| 是否会员：是□ 否□ | | | | | | | | | |
| **注：请务必仔细核对开票信息，如因开票信息提供有误，导致错开，责任由贵方承担。** | | | | | | | | | |
| **发票类型** | □普票 □专票 | | | | | | | | |
| **发票信息** | 单位名称： 纳税人识别号：  地 址 ： 电 话：  开户行： 账 号：  **□普通发票，请提供单位名称及纳税人识别号；**  **□增值税专用发票，请提供单位名称、纳税人识别号、地址、电话及开户行及账号。** | | | | | | | | |
| **参会须知** | 参会费 5980 元/人 | | | | | | | | |

**组委会联系方式：**

地 址：北京市丰台区太平桥东里五号办公楼

E-mail：zgspbshy@sina.com

电 话：010-63492889 63261510 18001108787

联系人:段老师 谢老师 于老师 张老师