

中华口腔医学会 口腔医学设备器材分会

设备器材分会字【2018】第5号

签发人：郭传琨

关于召开 2018 年中华口腔医学会口腔医学设备器材分会 学术年会的通知

尊敬的_____：

中华口腔医学会口腔医学设备器材分会定于 2018 年 8 月 29-31 日在上海召开 2018 年中华口腔医学会口腔医学设备器材分会学术年会，现将有关事项通知如下：

一、 会议安排

8 月 29 日 报到

8 月 30 日上午 常务委员会

8 月 30 日下午 全委会

8 月 30 日下午 学术会议（主题：口腔设备器材行业发展）

8 月 31 日 离会

二、 参会人员

中华口腔医学会口腔医学设备器材分会第三届委员；口腔设备器材行业各相关人士、组织、医疗机构、企业；其他行业领军人士、媒体等。

三、 会务安排

1. 报到地点：上海虹桥世贸睿选尚品酒店（上海市长宁区福泉北路 505 号）
2. 会议地点：国家会展中心上海洲际酒店多功能厅 9（诸光路 1700 号）。
3. 中华口腔医学会口腔医学设备器材分会第三届委员，原则上不能请假；如有特殊情况，请安排其他人员代为参会。

4. 注册方式：微信注册交费（推荐）（7月31日之前按提前注册费标准，之后按非提前注册费标准）。

请在微信客户端点击 <https://mp.cndent.com/checkme/regmeeting/10041>，填写学术会议注册信息提交报名。如需使用公务卡交费，可先将公务卡绑定到微信上，再按上述步骤操作即可（特别提醒：执行交费时务必手动选择公务卡）。

注：第一次关注中华口腔医学会的，需先完成个人信息注册，再进行会议注册报名。

5. 注册费：中华口腔医学会会员 800 元。非会员：提前注册（7月31日前）800 元，非提前注册 1000 元。
6. 交通及住宿安排：本次会议住宿统一安排，参会人员食宿及交通费用自理。
7. 回执：请参会代表于 7 月 31 日前将参会回执（附件 1）以电子邮件形式发至分会工作邮箱：oralequipment@126.com。

四、 财务信息

1. 如需使用银行汇款或转账，请于 7 月 31 日前汇至学会账户，汇款信息如下：
户名：中华口腔医学会
开户银行：工商银行紫竹院支行
账号：0200007609014459190
汇款请注明：汇款人+设备器材分会+注册费。
2. 凡经银行汇款的请保留汇款凭证，填写参会回执内相关信息，并于 7 月 31 日前将回执与汇款凭证图片一起邮件至 oralequipment@126.com，以便提前开具发票，现场凭付款凭证领取发票，7 月 31 日后请勿汇款，注册费发票由中华口腔医学会提供，发票一旦开出，恕不修改及重开。
3. 已交费因故不能参加会议，在 8 月 15 日前可向分会申请退费，逾期无法办理退款。

五、 会务组

高燕华：北京大学口腔医院 010-82195427 13811247772

许慧祥：北京大学口腔医院 010-82195847 18801280290

分会工作邮箱：oralequipment@126.com

附件 1：2018 年中华口腔医学会口腔医学设备器材分会学术年会参会回执



附件 1:

2018 年中华口腔医学会口腔医学设备器材分会学术年会 参会回执

姓名		性别		手机号	
住宿信息					
是否住宿	标间 (含单早/双早)	预计入住日期		预计离开日期	
<p>注: 1.本次住宿均为标间, 房费预估 470 元/间/天(含单份早餐), 520 元/间/天(含双份早餐)。若需要合住请回执内直接写明合住人姓名。</p> <p>2.若有其他事项, 请在此列明, 以便更好地为您服务。</p>					
汇款信息					
学生	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	学生证号		邮箱地址	
会员	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	会员号		职务职称	
工作单位					
汇款日期*		汇款人*		汇款金额 (元)*	
发票抬头*					
纳税人识别号/统一社会信用代码 *					
<p>注: 1.汇款信息仅为使用银行汇款或转账方式注册的老师填写。</p> <p>2.发票一经开出, 不能修改, 请认真填写发票抬头及纳税人识别号。</p> <p>3.标“*”项为必填项目, 否则无法提前开具发票。</p>					