**附件二：**

**深圳市医院协会会员缴费票据回执表**

**（请填写好用word文档发至sz\_yyxh@163.com中）**

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **缴费金额** |  |
| **开票抬头** |  |
| **联络人** |  |
| **手 机** |  |
| **办公电话** |  |
| **会费电子票据****接收邮箱（必填）** |  |
| **备注事项** |  |

**市医院协会办公地址：**深圳市罗湖区人民北路 2202 号西南侧入口 3 楼。

**联系电话：**0755-25118932、82336671 **电子邮箱：**sz\_yyxh@163.com

**协会组织管理部联系人：**李炜怡 17388762272 张 娜 13713858622

**协会财务部联系人：**崔熠璨18898364454 郭俊琦13828788602