附件2：

**中国医疗器械行业协会医用高分子制品专业分会**

**《无菌医疗器械初包装选择指南》入编回执**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | |
| 办公/通信地址 |  | | | | | |
| 法人代表 |  | 企业网址 | |  | | |
| 联系人 |  | 电话/手机 | |  | E-mail |  |
| 入编类型 |  | 入编费用 | | 万 千 百 拾 元整 | | |
| 申请日期 |  | 汇款日期 | | 年 月 日 | | |
| 备注 |  | | | | | |
| 入编企业请认真逐项填写此表，内容务必属实，填表并加盖单位公章后，及时回传至gaofenzibest@163.com邮箱，并于一周内提供相应图文资料。同时将入编费用一次性汇入以下指定账户，汇款时请注明**“高分子包装指南款”**。  帐 户：中国医疗器械行业协会  开户行：中信银行北京知春路支行  账 号：7111710182600053959 | | | | | | |
| 开票信息  名目：咨询服务费 金额： 元  种类： □ 增值税专用发票 □ 增值税普通发票单位名称：  纳税人识别号：  地址和电话：  开户行和账号： | | | | | | |
| 主办单位：（签章）  经办人：  日 期： | | | 入编单位：（签章）  经办人：  日 期： | | | |