附件2：

**会议回执**

单位名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 职务/职称 | 联系电话 | 住宿要求（单/标间） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

请各单位接到通知后，于9月25日前将会议回执（见附件2）以电子邮件发至会议回执联系人。

回执联系人：陈冰

回执联系人电话：13808420900

回执邮箱： 476900954@qq.com

注意事项：因税收新政，发票需提供完整的开票信息请提供以下开票信息。

单位名称：

纳税人识别号：

开户银行及账号：

单位地址及联系电话：