**附件：参展申请回执（合同）**

**第36届中国医药卫生电子信息技术展览会（CMIA2016）**

**时间：2016年9月5日—6日 地点：厦门国际会议中心酒店**

**参展申请回执(合同)**

|  |  |
| --- | --- |
| **单 位****名 称** | **中文：北京德海尔医疗技术有限公司** |
| **英文：** |
| **通讯地址** |  |
| **电 话** | **15822857051** | **传真:** | **邮编:** |
| **法人代表** |  | **展会负责人:** **李樱子** | **职务:** |
|  **网 址** |  | **E-mail:** |
|  **主要产品** |  |
| **租 用：■ 标准展位： 3 m× 3 m= 9 m2  10 号/展 费 10,000.00** **■ 室内光地： m× m= m2  号/展 费**  |
| **费用总额** | **（大写） 壹万元整 （小写）￥：10,000.00元整** |
| **汇款日期** | **以上款项将于\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日前汇出** |
| **收款单位** |  **厦门建旅商务会展有限公司** |
| **开 户 行** |  **厦门兴业银行观音山支行** |
| **账 号** |  **1299 3010 1400 0258 80** |
| **备忘录：1、 展示内容、企业简介200字内打印件，免费刊登在大会会刊上；** **2、 展台位置分配原则：先申请、先付款、先安排；****3、 企业报名后须于7日内将参展费用50%或全款汇入指定帐户，****余款8月10 日前付清；****4、 为服从总体布局，承办单位有权在必要时对个别展位位置进行调整；****5、 除非申请单位不获主办单位接纳，否则已交展位费概不退还；****6、 凡演示设备需水、动力电、压缩空气的单位，须于展前一个月申请。** |

**组委会秘书处：**

**厦门建旅商务会展有限公司 参展单位：（公章）**

**厦门市环岛东路1699号建发国际大厦10楼**

**电 话：0592-2337257 / 13950190930**

**0592-2263423 / 13950129019 负 责 人：（签字）**

**传 真：0592-2110873**

**E-mail：****huangxw@jfits.com** **/**

**songlee@jfits.com**

**联系人：黄小雯 / 宋力 年 月 日**