附件1

会议回执

|  |  |
| --- | --- |
| 单位 |  |
| 序号 | 姓名 | 职务 | 联系方式 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 房间数 |  |
| 住宿日期 | □10月23日晚 □10月24日晚 |
| 请填写开具会议服务费电子发票信息 |
| 单位名称 |  |
| 纳税人识别号 |  |
| 发票份数 |  |
| 发票类型  | □普票 □专票 |
| 接收电子发票邮箱 |  |
| 发票备注信息（如有需要请说明） |  |

注：1.住宿费标准约420 元/天（含早餐），具体按到店情况安排。

2. 请各参会单位于10月15日前将会议回执（附件1）发送至协会洪光邮箱。回执发出后如有变动请及时反馈。

电话13804327018 邮箱107098818@qq.com

3.请认真填写本单位开票信息及发票接收人的详细信息。