**附件 2：**

**深圳市医院协会会员缴费票据回执表**

**(请填写好发至邮箱 sz\_yyxh@163.com )**

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **缴费金额** |  |
| **开票抬头** |  |
| **收件地址** |  |
| **收件人** |  |
| **手 机** |  |
| **办公电话** |  |
| **电子邮箱** |  |
| **备注事项** |  |

**市医院协会办公地址：**深圳市罗湖区田贝一路 21 号（原市卫生局大院）4 号 楼 414 室。

**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：**林子豪 13823573726 张 娜 13713858622

**协会财务联系人：**郭俊琦 13828788602