**附件：**

**“医药流通企业数智化转型与AI应用合规实战”培训报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 联 系 人 |  |
| 通讯地址 |  | 电 话 |  |
| 发票信息 | 1、单位名称： | 注：统一开具增值税普通（培训费）电子发票 |
| 2、纳税人识别号： |
| 3、地址与电话： |
| 4、开户行与账号： |
| 5、发票接收邮箱： |
| 姓 名 | 性别 | 职务 | 手机 | 住 宿 |
|  |  |  |  | 单间□ 拼住□ 否□ |
|  |  |  |  | 单间□ 拼住□ 否□ |
|  |  |  |  | 单间□ 拼住□ 否□ |
|  |  |  |  | 单间□ 拼住□ 否□ |
|  |  |  |  | 单间□ 拼住□ 否□ |
| 已实现数智化转型环节介绍 |  |
| 推荐优秀数智化领域供应商 | □基础技术服务商 □行业解决方案与技术服务商细分领域： 单位一： 联系人： 手机： 单位二： 联系人： 手机： 单位三： 联系人： 手机：  |
| 活动咨询  | 1. 药促工委及药启宝个人会员： 是**□** 否**□**
2. 药促工委办公室： 010-83393713
 |

此表可复制！