《中国医学装备》杂志订阅回执（复印有效）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 职务 |  |
| 单位名称 |  | 科室 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 电 话 |  | 传真 |  | E-mail |  |
| 本人订阅20 年《中国医学装备》杂志，全年12期，­­­­­\_\_\_\_份，共计\_\_\_\_元整。订阅费支付 □现金 □邮局 □银行（款到开具电子发票，请备注抬头及税号） |