



贵州省医学会

贵州省医学会骨质疏松暨骨矿盐疾病学分会 2025年学术会议合作邀请函

_____公司（厂）：

为进一步提升省内骨质疏松暨骨矿盐疾病的诊治，推动贵州省骨质疏松暨骨矿盐疾病事业的不断发展，贵州省医学会拟定于2025年7月19日在贵州省贵阳市东景希尔顿酒店举办贵州省医学会骨质疏松暨骨矿盐疾病学分会2025年学术会议，本次会议由贵州医科大学附属医院承办。

现诚挚邀请贵单位共同参与本次学术活动举办，如贵单位有意愿自愿参与本次会议合作，请予回函。具体情况如下：

一、会议基本情况

本次会议将邀请省内外知名专家，对全省医疗机构相关学科专业人员进行授课，会议参会人员初步预计100人。

二、合作内容

提供举办会议工作经费，并根据金额大小提供相应企业宣传展示服务。

类别	服务项目	金额 (万元)
I 类	- 指定区域展台一个(长度$\leq$2米) - 指定区域易拉宝摆放1个。 - 发放企业宣传资料	5
II 类	- 提供指定区域展台一个(长度$\leq$1.5米) - 指定区域易拉宝摆放1个。 - 发放企业宣传资料	3
III 类	- 提供指定区域展台一个(长度$\leq$1米) - 发放企业宣传资料	2
IV 类	发放企业宣传资料	1

三、其他事宜

1. 展示会不能进行与收费挂钩的品牌推介。

2. 参加会议的企业向省医学会反馈加盖公章的会议合作回函后, 双方的本次会议合作关系正式确认, 必须按照约定的内容与省医学会签订合作协议, 违约的按照相关法律条款追究责任。

3. 相关会议合作经费严格公对公打款, 不得以私人名义汇款, 以私人名义的会议合作汇款一律不予退还。

4. 合作意向单位请于2025年6月30日前填写会议回函，并送达本次会议会务组。

会务组联系人：彭年春 联系电话：18685136019

医学会联系人：李 维 联系电话：18708557181

5. 贵州省医学会银行账号

开户人：贵州省医学会

开户行：贵阳银行云岩支行

账 号：119012010900026400

请在汇款时备注“贵州省医学会骨质疏松暨骨矿盐疾病学会2025年学术会议”，并于2025年6月30日前完成汇款。

附件：1. 会议通知（另附）

2. 贵州省医学会会议合作回函



