



主要会员联络信息

| | | | | |
|-----------|--|----|--------------------------|---|
| 姓名 | 名 | | 姓 | |
| 职称 | | | | |
| 公司名称 | | | | |
| 街道地址1 | | | | |
| 街道地址2 | <small>(包括完整的邮寄地址——街道、城市、国家以及邮政编码。联邦快递不寄送至邮政信箱。)</small> | | | |
| 城市 | | | 国家 | |
| 邮编+4/邮政编码 | | 国家 | | |
| 邮政信箱 | | | | |
| 城市 | | | 国家 | |
| 邮编+4/邮政编码 | | 国家 | | |
| 电话号码 | (| | 传真 | (|
| | <small>(区号/国家代码)</small> | | <small>(区号/国家代码)</small> |) |
| 移动电话 | (| | | |
| | <small>(区号/国家代码)</small> | | | |
| 个人电子邮件 | | | | |
| 公司网站 | | | | |

会员公司信息 (如与上述相异)

| | | | | |
|-----------|--|----|--------------------------|---|
| 地址 1 | | | | |
| 地址 2 | <small>(包括完整的邮寄地址——街道、城市、国家以及邮政编码。联邦快递不寄送至邮政信箱。)</small> | | | |
| 城市 | | | 国家 | |
| 邮编+4/邮政编码 | | 国家 | | |
| 电话 | (| | 传真 | (|
| | <small>(区号/国家代码)</small> | | <small>(区号/国家代码)</small> |) |

请提供一个额外的会员联系信息。

| | | | | |
|-----------|--|----|--------------------------|---|
| 姓名 | 名 | | 姓 | |
| 职称 | | | | |
| 公司名称 | | | | |
| 街道地址1 | | | | |
| 街道地址2 | <small>(包括完整的邮寄地址——街道、城市、国家以及邮政编码。联邦快递不寄送至邮政信箱。)</small> | | | |
| 城市 | | | 国家 | |
| 邮编+4/邮政编码 | | 国家 | | |
| 邮政信箱 | | | | |
| 城市 | | | 国家 | |
| 邮编+4/邮政编码 | | 国家 | | |
| 电话号码 | (| | 传真 | (|
| | <small>(区号/国家代码)</small> | | <small>(区号/国家代码)</small> |) |
| 移动电话 | (| | | |
| | <small>(区号/国家代码)</small> | | | |
| 个人电子邮件 | | | | |

支付信息

支付费用后即可享受会员优惠，生效期始于该月1号。

PMA会费 _____ 美元

- 附寄支票 (美国资金仅限美国银行。) 支票抬头为PMA。
 电汇
 万事达卡* 维萨卡* 美国运通卡*

账号 # _____ 有效期限 _____ / _____

促销代码
代码:

持卡人姓名 (please print)

持卡人单位名称 (please print)

我授权支付这笔费用，并理解这笔费用将用于我司成为PMA会员12个月。同时也理解，12个月之后，我司将收到PMA会员续费的发票。



国际果蔬市场协会 | 地址 | P.O. Box 6036 | Newark, DE 19714-6036 USA
电话: +1 (302) 738-7100 | 传真: +1 (302) 731-2409 | www.pma.com