遂宁市第六人医院

（遂宁市精神卫生中心 遂宁市民康医院）

医药代表来院预约登记表

 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医药代表预约登记 | 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 来院事由： |
| 职能部门意 见 | 建议：于 年 月 日在 会议室，由  同志予以接待。 科室： 签字： 年 月 日 |
| 分管领导意 见 | 签字： 年 月 日 |
| 备注 | 推介新产品、举办协会学会活动，需医院纪检部门和分管部门负责领导签字同意 |

遂宁市第六人医院

（遂宁市精神卫生中心 遂宁市民康医院）

医药代表备案信息表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **照片** |
| **身份证号** |   |  |
| **学历** |  |
| **专业** |  |
| **单位名称** |  |
| **单位地址** |  |
| **法定代表人** |  |
| **社会信用代码** |  |
| **合同（授权）****起始日期** |  | **合同（授权）终止日期** |  |
| **授权推广的药品类别或品种** |  |
| **药品上市许可持有人对信息真实性的声明** | **本单位保证上述内容不存在任何虚假情况，并对上述内容的真实性、准确性承担全部责任。****单位盖章：** |