赣县区妇幼保健院医药代表登记备案表

**登记备案日期： 年 月 日 备案编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 来访者登记 | 姓 名 |  | | 性 别 | | |  | | | 年 龄 | |  | 照 片 | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | | | | | | |
| 岗位职务 |  | | | | | | | | | | |
| 企业公司全称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 企业地址 | 省 市 县/区 | | | | | | | | | | | | | |
| 人事部门电话 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 法定代表人 |  | | | | | | | | | 授权委托书 | | | □有 | □无 |
| 授权业务范围 |  | | | | | | | | | 授权起止日期 | | |  | |
| 医药代表资质 | 相关专业证书 | | | □有 | | | □无 | | | 培训证书 | | | □有 | □无 |
| 授权类别、品种或推广项目 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 本院相关产品：（用Excel表格列出产品名称、规格、剂型、产地等信息） | | | | | | | | | | | | | | |
| 年度首次备案 | | □ 是 | | | □ 否 | | | 登记备案日期 | | | | |  | |
| 备案者签名 | | | | | |  | | | | | | | | | |

备注：与本院有业务往来的医药代表均要备案登记，未备案的一律不予接待。

赣县区妇幼保健院医药代表预约登记表

**预约日期： 编号：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业公司名称 |  | | |
| 企业公司地址 |  | | |
| 代表姓名 |  | 性 别 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 邮 箱 |  | 计划来访时间 |  |
| 来访事由 | □推介新产品或新技术 □在用产品沟通 □业务沟通 □其他事项（简明叙述） | | |
| 产品类别 | □药品类 □设备类 □耗材类 □物资类  □食品类 □信息类 □其他类 | | |
| 涉及产品或  项目名称 |  | | |
| 产品或项目介绍内容：（简明叙述） | | | |
| 归口部门意见 |  | 分管领导意见 |  |
| 接待反馈意见 | ：  请您遵守《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》和《赣县区妇幼保健计划生育服务中心医药代表接待管理办法（试行）》等相关要求，  月 日 时 分准时到 与相关人员会谈。  赣县区妇幼保健院医德医风管理办公室  年 月 日 | | |

备注：1、预约人填写至产品或项目介绍。

2、请将接待预约登记表提前七个工作日报送医德医风办邮箱进行预约。