附件2

金堂县第二人民医院医药代表来院预约登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医药代表基本信息 | 单位名称 |  | | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | | 法人代表 |  |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | | | 职务 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  | | |  |  |  |
|  |  |  | | |  |  |  |
| 医药代表备案登记号 | | |  | | | 拟联系部门 |  |
| 负责推广的领域 | | |  | | | | |
| 来院事由 | | | | | | | |
| □ 宣传药品的安全性、有效性 □ 推介新药或者老药新用信息  □ 收集药品的不良反应 | | | | □ 医疗设备、耗材产品推介  □ 收集耗材、设备的不良反应  □ 开展学术推广 | | | |
| 其他事由（具体描述）： | | | | | | | |
| 职能部门  意见 | 负责人：  年 月 日 | | | | | | | |
| 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》和我院《医药代表接待管理规定》等相关规定，带上相关证件，于 年 月 日 时准时到 与相关人员会谈。  纪检监察室  年 月 日 | | | | | | | |

备注：来院请提供身份证、工作证原件和复印件，否则恕不接待；申请人员与来院人员须一致，多于两人时可增栏填写，临时变动需向院纪检监察室进行书面说明