附件2

广州市增城区中医医院医药代表

来院预约登记表

年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 代表姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | 手机号 |  |
| 是否在国家药监局医药代表备案平台备案 | 🞎是 🞎否 | 备案号 |  |
| 邮箱 |  | 来访时间 |  |
| 涉及产品或项目 | |  | |
| 来院事由： | | | |
| 产品或项目介绍内容：（简明叙述） | | | |
| 接待时间 |  | 接待地点 |  |
| 接待人员 |  | 医药代表签字 |  |
| 接待人员签字 |  | | |

备注:请将预约登记表提前5个工作日发送至相关职能部门电子邮箱进行预约，多人来访的需另填写信息（一人一表）。药学部邮箱：zzyyjk2023@163.com,联系人：黎淑芳,联系电话:13533925703;医学装备科（耗材和器械）邮箱： 353292093@qq.com，联系人：刘嘉政，联系电话：13422188818；医学装备科（设备）邮箱： m13265956421@163.com，联系人：赖炜隆，联系电话：13265956421。附件3

广州市增城区中医医院医药代表

登记备案和诚信档案

备案号: No.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 学历 |  | 所学专业 |  |
| 现居住地 |  | 籍贯 |  |
| 身份证号 |  | 手机号码 |  |
| 企业(公司)全称 |  | 法人代表 |  |
| 企业地址 |  | 人事部门  电话 |  |
| 授权类别、品种或推广项目 |  | | |
| 登记备案时间: 年 月 日 | | | |
| 诚信记录: (由医院填写) | | | |
|  | | | |

备注:预约接待的医药代表均要备案登记，未备案的一律不予接待。请将登记备案相关信息以电子形式发送至相关职能部门邮箱。药学部邮箱：zzyyjk2023@163.com,联系人：黎淑芳,联系电话:13533925703;医学装备科（耗材和器械）邮箱： 353292093@qq.com，联系人：刘嘉政，联系电话：13422188818；医学装备科（设备）邮箱： m13265956421@163.com，联系人：赖炜隆，联系电话：13265956421。