医药代表洽谈业务备案申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 备案企业信息 | | | | | | | | | | | 备案号： | |
| 企业名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 企业地点 |  | | | | | | | | | | | |
| 法人姓名 |  | | | | 联系电话 | | |  | | | | |
| 涉及我院产品信息 | | | | | | | | | | | | |
| 类别 | □药品□设备□耗材□其它 | | | | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | | | | |
| 医药代表信息 | | | | | | | | 身份证扫描图片 | | | | |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | |
| 身份证号 |  | | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | | |
| 洽谈业务内容 | | | | | | | | | | | | |
| 申请接洽科室 | | |  | | | | | 申请接待人员姓名 | |  | | |
| 医药代表所属企业意见（盖章）  备案时间：年月日 | | | | | | | | | | | | |
| 接待时间 |  | | | | 接待地点 | |  | | 接待人员 | | |  |
| 医药代表  工作牌编号 | |  | | | 发放时间  及确认 | |  | | 回收时间  及确认 | | |  |
| 本次诚信记录  签字：年月日 | | | | | | | | | | | | |
| 接待记录：  参加人签字：  记录时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |