附件2

大冶市人民医院医药代表登记备案表

备案号: No.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | （电子照片） |
| 身份证号 |  | 手机号码 |  |
| 岗位/职务 |  | 部门电话 |  |
| 企业（公司）全称 |  | 公司电话 |  |
| 授权类别、品种或推广项目 |  |
| 本院相关产品：（附件用Excel表格列出产品名称、规格、剂型、产地等信息，产品彩页或说明书） |
| 医药代表及所在企业承诺及备案信息真实性声明 | 本人及本单位保证,提供的资料和相关证明文件的真实性、完整性、准确性，并承担因资料虚假而产生的法律责任。我承诺在医院开展业务活动时严格遵守国家相关法律法规和医院的规章制度、廉洁从业，如若违反，愿接受相应处罚。企业名称（盖章）：医药代表：日期： |
| 登记备案时间： 年 月 日 |
| 诚信记录：（由医院填写） |