附件3

大冶市人民医院医药代表预约来访登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 企业名称 |  |
| 医药代表姓名 |  | 联系方式 |  |
| 身份证号码 |  | 邮箱 |  |
| 拟来访时间 |  | 是否邀请分管班子参与接待 |  |
| 涉及的临床、医技科室 |  |
| 来访事项（简述）： |
| 产品或项目介绍内容：（可附附件材料）□药品 □耗材 □器械 □设备 □信息化项目及服务 □后勤物资 □其他 |
| 请遵守《大冶市人民医院医药代表来访接待管理制度（试行）》和《医疗工作人员廉洁从业九项准则》。 |
| 医药代表签名 |  |
| **以下由接待科室工作人员接待时填写** |
| 接待时间 |  | 接待地点 |  |
| 接待人员签名 |  |
| 接待内容记录 |
|  |

备注：各医药代表首次约见相关科室和在规定时间之外约见相关科室的，线上向相关科室提交此表，与归口部门预约接待时间，否则不予接待。多人来访的需另填写信息（一人一表），此表日常由归口部门留存备查，特殊情况由归口部门报医院纪检监察办公室备案。