凉山州中西医结合医院

医药代表来院预约登记表

预约时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基  本  信  息 | 公司名称 |  | | | | 公司法人 | |  | | |
| 公司地址 |  | | | | 邮箱 | |  | | |
| 申请人  姓名1 |  | 性别 |  | 身份证号码 | |  | | 联系  电话 |  |
| 申请人  姓名2 |  | 性别 |  | 身份证号码 | |  | | 联系  电话 |  |
| 申请人  姓名3 |  | 性别 |  | 身份证号码 | |  | | 联系  电话 |  |
| 申  请  事  项 | （申请产品介绍  □申请售后服务  （申请其他（请注明）： | | | | | | | | | |
| 申  请  理  由 | 产品或项目介绍内容：（简明叙述） | | | | | | | | | |
| 本人承诺：  不在诊疗场所从事与申请办理业务无关行为。不向医务人员赠送礼品或以其他方式对医务人员进行利益输送。 | | | | | | | | | | |
| 申请人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 接待职能部门审核情况及意见 | （填写内容及提供资料） |
| 分管领导意见 | 年 月 日 |
| 纪检负责人意见 | 年 月 日 |
| 备注 |  |

备注:请将接待登记表提前发送至指定电子邮箱进行预约，有多人来访的请将其余人员信息填写在备注栏里，医院将根据内容安排相关人员接待。邮箱：Lszzxyjhyu@163.com。