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。