榆林市第三医院医药代表来院预约登记表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医药代表  预约登记 | 单位名称 |  | | | |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 产品类别 | 药品类： 设备类： 耗材类： 其他类： | | | |
| 来访目的 | 推荐新产品或新技术： 在用产品沟通：  业务沟通： 其他事项： | | | |
| 简明内容叙述： | | | | |
| 职能部门  意 见 | 签字： 年 月 日 | | | | |
| 分管领导  意 见 | 签字： 年 月 日 | | | | |
| 接待反馈  意 见 | ：    请您遵守《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》和我院，《医药代表接待管理办法》等相关规定，于 月 日 时 分，准时到我院行政会议室与相关人员会谈。    榆林市第三医院监察审计室  年 月 日 | | | | |

备注：请将登记表提前一周发送至监察审计科电子邮箱进行预约，本院将根据内容安排相关人员接待。监察审计科邮箱：1181582493@qq.com.联系电话：0912-3549302