附件 2

航天中心医院医药代表备案信息表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 照 片 |
| 身份证号码 |  | | | |
| 学历及专业 |  | | | |
| 从业时间 |  | | | |
| 联系地址 |  | | 联系电话 | |  |
| 企业名称 |  | | 法人代表 | |  |
| 社会信用代号 |  | | | | |
| 授权情况 |  | | 授权期限 | |  |
| 代理产品 |  | | | | |
| 医药代表及所在企业  承诺及备案信息真  实性声明 | 本人以及本单位保证,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： | | | | |
| 接待部门意见 | 年 月 日 | | | | |
| 备 注 |  | | | | |