附件3

重庆市巴南区中医院

医药代表登记备案和诚信档案

备案号:No. 登记备案时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | （电子照片） |
| 学 历 |  | 所学专业 |  |
| 籍 贯 |  | 现居住地 |  |
| 身份证号 |  | 手机号码 |  |
| 岗位职务 |  | 何时与本院有业务往来 |  |
| 企业(公司)全称 |  | 法人代表 |  |
| 企业地址 |  | 人事部门电话 |  |
| 授权类别、品种或推广项目 |  |
| 主要活动科室 |  |
| 授权起止时间 |  |
| 本院相关产品:(列出产品名称、规格、剂型、产地等信息) |
| **企业声明：**本单位保证上述内容无任何虚假情况，并对上述内容的真实性、准确性承担全部责任。本单位保证加强医药代表行为管理，严格遵守法律法规、行业规定、医院规章制度等，自觉遵守医药代表“十不准”，严格遵守医院疫情防控规定，本单位为医药代表行为负全部责任。单位名称（盖章）： |
| 诚信记录: (由医院填写) |

备注:与本院有业务往来的医药代表均要备案登记，未备案的一律不予接待。联系电话: 023-61216892。