附件1：

**高碑店市医院医药代表登记备案表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 联系电话 |  | | |
| 身份证号码 |  | | |
| 岗位职务 |  | 何时与本院有业务往来 | |  |
| 企业名称 |  | | | |
| 企业地址 |  | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | | |
| 法人代表 |  | 企业联系电话 | |  |
| 本院  推广产品 | □ 药品 □ 试剂 □ 医疗设备 □ 医用耗材 □ 其他类 | | | |
| 授权期限 |  | | | |
| 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： | | | |
| 登记备案时间： | | | | |
| 诚信记录：（由职能部门填写） | | | | |

备注：请提供以下资料的原件或加盖公章的复印件：1.生产经营企业营业执照或经营许可证等相关资质证明；2.身份证；3.授权书。