附件3

宁国市中医院“医药代表”登记备案和诚信档案

备案号: No.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | |
| 本院相关产品: (用Excel表格列出产品名称、规格、剂型、产地等信息) | | | | |
| 登记备案时间:                                 年   月   日 | | | | |
| 诚信记录: (由医院相应职能部门填写) | | | | |

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。