附件1

巴中市中心医院医药代表登记备案表

备案时间： 备案号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | | 照 片 |
| 现居住地 |  | | | |
| 身份证号 |  | 手机号码 | |  |
| 岗位职务 |  | 在本院开展业务时间 | | |  |
| 企业全称 |  | | 法定代表人 | |  |
| 企业地址 |  | | 人事部门电话 | |  |
| 医药代表授权开展项目内容 |  | | | | |
| 在本院使用产品信息： | | | | | |
| 药学部或  医学装备部意见 |  | | | | |

备注:在本院开展业务往来的医药代表均要备案登记，并按照本办法第五条规定向药学部或医学装备部提供备案相关资料，并以纸质形式抄送至行风建设办公室。