附件2

东明县人民医院医药代表预约接待登记表

年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 来访企业名称 |  | | |
| 医药代表姓名 |  | 性 别 |  |
| 身份证号 |  | 手机号 |  |
| 邮 箱 |  | 预计来访时间 |  |
| 涉及产品或项目 |  | | |
| 来院事由 |  | | |
| 产品或项目介绍内容（简明叙述） |  | | |
| 以下由医院相关职能科室评价是否接待后填写 | | | |
| 接待时间 |  | 接待地点 |  |
| 接待人员 |  | | |
| 以下由接待时参与接待相关人员签字 | | | |
| 接待人员签字 |  | | |
| 医药代表签字 |  | | |

备注：请将接待登记表提前7个工作日发送至对应邮箱

（药品类:724347450@qq.com 医用设备类：13953033309@163.com 医用耗材、试剂类15020269908@163.com)进行预约，多人来访的需另填写信息（一人一表），本院将根据内容安排相关人员接待。



计处方。

五、需要举行产品的宣传、学术讲座、会议、外出学习和参观等活动时，必须报请医院进行备案，由分管领导批准后方可安排，不得私自邀请医院职工参加上述活动。

六、给医疗机构的捐赠，保证严格按照国家的法律法规执行。

七、必须积极配合医院对医药购销领域中有无商业贿赂的调查。

如有违反上述承诺，我们愿意接受停用、取消中标资格、记入企业及医药代表诚信记录档案、纳入医院“黑名单”等，直至停止业务往来，接受上级纪检监察部门的其他处理。

本承诺书一式二份，相关接待科室和经营单位各留存一份。

公司名称：（加盖公章） 联系电话：

经销企业承诺代表（签名）： 日期： 年 月 日

附件4

东明县人民医院接待医药代表记录表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | | | | |
| 公司名称 |  | | | | |
| 接待科室 |  | 接待时间 | 年 月 日 时 分 | | |
| 接待人员（签字） |  | | 接待  地点 |  | |
| 业务活动类别 | □药品类 □耗材类 □设备类 □检验诊断项目  □其他类: | | | | |
| 来访目的 | □推介新产品或新技术 □在用产品沟通 □业务沟通  □其他事项: | | | | |
| 主要内容（简明叙述）：  记录人（签名）： 时间： 年 月 日 | | | | | |

备注：各相关科室接待完毕后及时填写并送监察科保存归档