附件4

成都医学院第一附属医院

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。请将登记备案相关信息以电子表形式发送至归口部门邮箱。