附件3

遵义医科大学第二附属医院

医药代表备案登记表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | （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 | |  |
| 企业名称 |  | | 法人代表 |  |
| 企业地址 |  | | 人事部门  联系方式 |  |
| 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，加盖企业公章，提交纸质版) | | | | |
| 本人保证上述内容不存在任何虚假情况，并对上述内容的真实性、准确性承担全部责任。我承诺在院开展业务活动时，严格遵守国家相关法律法规和医院的规章制度，做到廉洁从业。如若违反，愿承担相应责任。  签名：  备案时间： 年 月 日 | | | | |

注：请将以下材料附后：

1.企业法定代表人签字或盖章的授权委托书原件

2.被授权人的身份证复印件