潍坊市高新康复医院医药代表来院预约申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | |
| 代表姓名 | |  | 性别 |  |
| 身份证号 | |  | 手机号 |  |
| 邮箱 | |  | 来访时间 |  |
| 涉及产品或项目 | |  | | |
| 来院事由： | | | | |
| 相关资料提较清单 | □1.药品、医用器械、医用耗材等生产经营企业法定代表人签字或者盖章的授权委托书原件。  □2.医药代表身份证原件及复印件。  □3.加盖企业公章的廉洁承诺书。  □4.药品、医用耗材和医用仪器设备说明书及宣传资料。  □5.加盖企业印章的（GMP）认证证书复印件及生产批件复印件、医疗器械注册证或医疗器械备案凭证复印件等。  □6.其他的相关产品详细资料。 | | | |
| 产品或项目介绍内容：（简明叙述） | | | | |
| 医药代表签字 | |  | 生产经营企业公章 |  |

备注：请将申请表提前三个工作日报送相关职能部门进行预约并备案，多人来访的需另填写信息（一

人一表）。