**附件1：**

医药代表院内拜访医务人员登记表

推荐科室： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医药**  **代表**  **预约**  **登记** | **单位名称** | |  | | |
| **姓名** | **性别** | **身份证** | **联系电话** | **邮箱** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **产品**  **类别** | **□药剂类 □设备类 □医用耗材类 □物资类**  **□信息类 □基建类 □其他类** | | | |
| **来院事由：** | | | | |
| **业务部门或相关领导意见** | 年 月 日 | | | | |
| **接待反馈意见** | **：**  请您遵守《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》和《柳州市工人医院医药代表院内拜访医务人员管理制度（试行）》等相关规定， 月 日 时 分准时到与相关人员会谈。  （业务部门）  年 月 日 | | | | |