|  |
| --- |
| **楚雄市人民医院医药代表来访备案登记表** |
| 姓  名 |  | 性别 |  | 照 片 |
| 身份证号码 |  |
| 学历及专业 |  |
| 业务培训情况 |  |
| 医药代表备案平台备案号 |  |
| 联系地址 |  | 联系电话 |  |
| 企业名称 |  | 法定代表人 |  |
| 社会信用代码 |  |
| 授权范围 |  |
| 医药代表及所在企业承诺及备案信息真实性声明 | 本人及本单位保证,提供的资料和相关证明文件的真实性、完整性、准确性，并承担因资料虚假而产生的法律责任。我承诺在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、廉洁从业。如若违反，愿接受相应处罚。   企业名称（盖章）：      医药代表（含销售人员）： 日期： |
| 审核意见 |    年  月  日 |
| 备  注 |   |