医药生产经营企业代表登记备案表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | 性别 |  |  |
| 身份证号码 |  | | |
| 联系电话 |  | E-mail |  |
| 企业名称 |  | | |
| 企业地址 |  | | |
| 企业主要负责人 |  | 联系电话 |  | |
| 来访部门 |  | 来访时间 |  | |
| 业务活动的类别 | □药品类 □设备类 □器械类 □卫生材料类 □试剂类 □服务  其他： | | | |
| 来访目的 | □推介新产品或新技术 □在用产品沟通 □业务沟通 □学术讲座、推广  其他： | | | |
| 业务活动内容（简明叙述）： | | | | |
| 接待部门审核意见（是否同意接待）： | | | | |
| 不予接待的情况说明（接待部门填写）： | | | | |
| 医药生产经营企业及代表诚信记录档案（接待部门填写）： | | | | |
| 此表接待职能部门保留原件、行风建设办公室存档复印件。 | | | | |

企业名称（公章）：

补充信息

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 推介单位性质 | | □厂家 □供应商 | | |
| 代理商名称 | |  | | □全国总代 □重庆总代 |
| 是否与医院有  往来合作 | | 是□ | 合作项目 |  |
| 合作时间 |  |
| 否□ |  | |
| 产品或项目参数 | | | | |
| 注册证名称 | |  | | |
| 注册证号 | |  | | |
| 生产厂家 | |  | | |
| 品牌 | |  | | |
| 型号 | |  | | |
| 主要配置 | 1 |  | | |
| 2 |  | | |
| 主要性能 | 1 |  | | |
| 2 |  | | |
| 独有功能 | 1 |  | | |
| 2 |  | | |
| 适用科室 | 1 |  | | |
| 2 |  | | |
| 第三方配套产品 | 1 |  | | |
| 2 |  | | |
| 易损件及价格 | 1 |  | | |
| 2 |  | | |
| 配套耗材/试剂 | 1 |  | | |
| 2 |  | | |
| 市场价格 | |  | | |
| 市场占有情况  （用户及型号） | |  | | |
| 收费情况 | |  | | |
| 有无医保编码 | |  | | |
| 原厂质保（含易损件） | |  | | |
| 安装条件 | |  | | |
| 后期维保及费用情况 | |  | | |
| 填表须知：  除主要配置、主要性能、独有功能、第三方配套产品、易损件及价格、配套耗材/试剂和适用科室可根据产品信息进行增项或减项，其余信息请严格按照上表格式进行填写。  注：请推介供应商对以上信息真实性复查，一经查实相关信息存在虚假，将按本院相关规章制度处理。 | | | | |