附件1

医药代表登记备案信息表

备案号：No.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | **性 别** |  | 照片 |
| 身份证号 |  |
| 学 历 |  |
| 专 业 |  |
| 是否具有二年以上医药领域工作经验 |  |
| 所代表的药品上市许可持有人名称 |  |
| 社会信用代码 |  |
| 法定代表人 |  |
| 合同（授权）起始日期 |  | 合同（授权）终止日期 |  |
| 授权类别或品种 |  |
| 培训 | 科目 |  |
| 时间 | 年 月 日 至 年 月 日 |
| 事项变更、注销 |  |
| 药品上市许可持有人对信息真实性的声明 |  |
| 登记备案平台提示 |  |

附件2

医药代表来院接待审批表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医药代表预约登记 | 企业名称 |  |
| 姓 名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |   |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 来院事由： 单位签章： 年 月 日  |
| 管理部门或相关领导意见 | 领导意见： 管理部门意见： 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《信丰县人民医院医药代表接待管理办法（试行）》等相关规定， 月 日 时 分准时到 与相关人员会谈。 信丰县人民医院 年 月 日  |

信丰县人民医院医药代表来访接待流程

**医药代表来院**

**接待完毕离院**

**医药代表持身份证、工作证及相关证件，于指定时间至指定地点接受接待**

**回复医药代表并明确时间、地点、接待科室及人员**

**医德医风办审核是否接待**

**相关科室接待医药代表，并做好接待记录**

**医药代表下载《信丰县人民医院医药代表来院预约登记表》，并按要求填写**

**否**

**是**