附件3

**乐至县中医医院医药代表登记备案信息表**

**备案号：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 照 片 |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 联系地址 |  |
| 企业名称 |  |
| 企业地址 |  |
| 社会信用代码 |  |
| 法人代表 |  | 企业联系电话 |  |
| 企业授权情况 |  |
| 代理产品 |  |
|  医药代表及所在企业承诺及备案信息真实性声明 | 本人以及本单位保证,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。我承诺在医院开展业务活动时，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，愿承担相应责任。企业名称（盖章）：医药代表： 年 月 日 |
| 登记备案部门初审意见 | 签 字： 年 月 日 |
| 纪检监察室审核意见 | 签 字： 年 月 日 |

**说明：**医药代表备案时请提供以下资料的原件及复印件：1.身份证；2.法人委托授权书；3.营业执照、经营许可证或生产许可证。