

附件 1

高县人民医院供应商代表接待预约申请表

供应商代表 预约登记	企业名称				
	代表姓名	性别	身份证号码	联系电话	邮箱
	来院事由（请详细填写事由，包括写清推广的具体产品，并勾选项目类型）：				
	☐药品 ☐器械 ☐试剂、耗材 ☐设备 ☐后勤物资 ☐基建 ☐信息 ☐其他				

注：此申请单，接待职能部门和行风办各存一份。