

高县人民医院供应商代表接待记录

姓名		性别	
身份证号码		联系电话	
企业名称		企业地址	
到访时间		洽谈时长	
产品类别	☐ 药品类 ☐ 器械类 ☐ 设备类 ☐ 耗材试剂类 ☐ 后勤物资类 ☐ 基建类 ☐ 信息类 ☐ 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 ☐ 其他事项		
介绍内容：（简明叙述）			
供应商代表签字		院方参加人员签字	

记录人:

时间：

注：此记录单由接待职能部门留存。