

附件 4

高县人民医院供应商代表登记备案表

姓名		性别	
联系电话			
身份证号			
企业名称			
企业地址			
来院事由 推广产品	☐ 药品 ☐ 试剂 ☐ 医疗设备 ☐ 医用耗材 ☐ 其他类		
医药代表承诺及 备案信息真实性 声明	本人已经本单位保障，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，愿接受相应处罚。 供应商代表： 日期：		
登记备案时间：			
诚信记录：			

注：此记录单由接待职能部门留存。