附件1

医药代表登记备案表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 照 片 |
| 身份证号码 | |  | | |
| 联系电话 | |  | | |
| 企业与医药代表合同起止时间 | | 年 月 日 至 年 月 日 | | | |
| 企业名称 | |  | | | |
| 授权类别或产品 | |  | | | |
| 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：  日期： | | | |
| 审核意见 | 签 字： 年 月 日 | | | | |
| 备 注 |  | | | | |

备注：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。