附件

邢台市中心医院

接待医药代表预约登记表

年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医药代表预约登记 | 公司名称 |  |
| 姓 名 |  |
| 身份证号 |  |
| 联系电话 |  |
| 邮 箱 |  |
| 产品类别 | □药品类 □设备类 □耗材类  □物资类 □信息类 □其他类 |
| 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 |
| 介绍内容或建议要求：（简明叙述）： | |
| 采 购 办  意 见 | 签字：  年 月 日 | |
| 主管领导意 见 | 签字：  年 月 日 | |
| 备 注 |  | |