医药代表院内拜访预约登记表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | 统一社会信用代码 | |  |
| 企业联系人 |  | 企业联系电话 | |  |
| 医药代表姓名 |  | 代表联系电话 | |  |
| 拟拜访日期 |  | 拟拜访时段 | | □上午 □下午 |
| 拟拜访科室 |  | 拟拜访对象 | | （职务） |
| 接待场所需求 | □会议室 □学术厅 □其他： （由纪检室指定） | | | |
| 拜访目的 | □新产品临床数据介绍 □医疗器械操作培训 □循证医学文献更新  □不良反应沟通 □其他学术议题： | | | |
| 学术资料清单 | PPT标题：  文献名称/编号：  设备演示材料：  其他： | | | |
| 承诺声明 | 本人承诺：   1. 严格遵守医院《医药代表院内拜访管理办法》，按要求佩戴信息卡并配合全程监督。 2. 不进行产品促销、统方、馈赠等违规行为； 3. 不在非指定区域接触医务人员；   承诺人： | | | |
| 科室意见 （审核事由必要性及学术性） | | | □同意 □拒绝 | 签字/日期： |
| 管理部门意见（医务科/药学科等负责人） | | | □同意 □拒绝 | 签字/日期： |
| 纪检室备案 | | | □ 已登记 | 签字/日期： |

备注：1、每周星期三12：00前提交预约申请发送至邮箱：[sfsrmyyjjs@163.com](mailto:42712271@qq.com)，审批将在3个工作日内完成。

1. 未经审批的拜访一律视为违规
2. 实际拜访人员、内容、场地需与本表一致