附件1

都江堰市中医医院

医药代表来院预约登记表

年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 代表姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | 手机号 |  |
| 邮箱 |  | 来访时间 |  |
| 涉及产品或项目 | |  | |
| 来院事由： | | | |
| 产品或项目介绍内容：（简明叙述） | | | |
| 接待时间 |  | 接待地点 |  |
| 接待人员 |  | 医药代表签字 |  |
| 接待人员签字 |  | | |

备注：请将预约登记表提前7个工作日发送至归口部门电子邮箱进行预约，多人来访的需另填写信息（一人一表），本院将根据内容安排相关人员接待。医学装备管理部邮箱：2392751490@qq.com，电话：028-60960166；药学部邮箱：3529710549@qq.com，电话：028-60960115。