附件1

# **医药代表来访登记备案表**

来访日期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 公司名称 |  | 法定代表人 |  |
| 公司地址 |  |
| 相关资质 |  | 授权书日期 |  |
| 来访内容 |

附件2

**各职能科室邮箱**

药剂科邮箱：yjk@wtqqrmyy.freeqiye.com

医学装备科邮箱：2796627170@qq.com

信息科邮箱：516687179@qq.com

附件3

# **医药代表接待日登记表**

接待日期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 公司名称 | 代表人 | 身份证号 | 手机号码 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |