医药代表接待预约申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 企业名称 |  |
| 企业住所及联系邮箱 |  |
| 代表姓名 |  | 代表身份证明号码 |  |
| 代表职务 |  | 代表电话 |  |
| 预约接待日期 |  | 预计时长 |  |
| 预约事由 |  |
| **预约企业（公章）： 申请日期：** |

注：医院医务部邮箱：2368903800@qq.com

医院采购部邮箱：3796214507@qq.com

医院药剂科邮箱：13982044946@163.com

廉洁承诺书

本企业及受托人作出以下承诺：

一、在医院开展相关业务活动时应遵守卫生健康部门及医院的有关规定。

二、不得干预、影响医院正常诊疗秩序，不得以挂号看病等形式私自接触医院工作人员。

三、在获得医院批准后在指定时间、指定地点，与指定人员开展相关业务活动，未经备案不得进入医院开展业务，未经允许不得进入医院诊室、病房等诊疗区域。

四、不以任何方式索取企业产品在医院内“进销存”等信息。

五、不得宴请和以任何方式给予医院工作人员及其亲属或其他特定关系人员现金、礼品、有价证券、支付凭证等。

六、在医药产品销售过程中，不得以各种名义或形式实施“带金销售”，不得给予医院工作人员回扣、假借各种名义输送利益，以及不得在药品、医用耗材集中带量采购中不履行采购合同等。

企业（盖章）：

受托人（签字）：

日期：