附件2

福州市第二总医院神经精神病防治院

医药代表登记建档信息表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医药代表 | | 姓名 |  | 性别 |  | 1寸白底相片 |
| 联系电话 |  | | |
| 身份证号 |  | | |
| 企业名称 | |  | | | | |
| 社会信用代码 | |  | | | | |
| 企业地址 | |  | | | | |
| 法定代表人  姓名 | |  | | | | |
| 授权品种  （名称、规格） | |  | | | | |
| 授权起始  日期 | |  | | | | |
| 医药生产经营企业对信息真实性的声明 | | 本单位保证上述内容不存在任何虚假情况，并对上述内容的真实性、准确性承担全部责任。（加盖企业公章） | | | | |
| 以下内容由医院填写 | | | | | | |
| 采购管理部门审核意见 | 年　　月　　日 | | | | | |