附件二

医药代表登记备案表

备案时间：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 照片 |
| 身份证号 |  | |
| 手机号码 |  | |
| 企业全称 |  | |
| 企业纪检或有关部门电话 | |  | |
| 在企业任职岗位、职务 | |  | |
| 是否在国家药监局医药代表备案平台进行备案 | |  | |
| 授权开展业务内容 |  | | |
| 在本院使用的产品信息： | | | |
| 对口接待部门审核意见 |  | | |

说明:1.请将登记建档材料附于登记备案表后。

2.基建项目、物资、商品、第三方服务等生产、经营单位或其他代理机构到到医院从事代表事务的人员按医药代表进行管理。

**山东第一医科大学附属肿瘤医院**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医药代表拜访预约登记表** | | | | | | |
| 单位名称 |  | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | | 邮箱 | | 联系电话 |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
| 涉及产品或项目 | |  | | 申请预约时间 | | 年 月 日 |
| 业务活动  类别 | □耗材类 □设备类 □试剂类 | | | | | |
| □其他类: | | | | | |
| 来访目的 | □推介新产品或新技术 □在用产品沟通 □业务沟通 | | | | | |
| □其他事项: | | | | | |
| 产品或项目内容概述 |  | | | | | |
| 接待时间 | 年 月 日 | | | | | |
| 代表签名 |  | | 接待人员签名  （2人） | |  | |

|  |
| --- |
| **廉政监督告知书**  为营造风清气正的行业环境，现将有关规定告知贵方，请协助执行并予以监督。  一、我院工作人员应遵守以下规定:  1．对企业代表进入诊室、病房等一线部门和区域进行拒绝和制止。  2.严禁接受各种形式的商业贿赂，不得以任何名义、形式收取或接受供应商代表的回扣、宴请、贵重礼品、有价证券、支付凭证或者旅游、健身、娱乐等。  3.严禁提供药品、耗材、试剂等产品或服务的采购、使用数量、金额等敏感信息。  4.严禁参与企业组织的产品推介等商业宣传活动。  5.严禁接受企业给予的讲课费。  6.严禁其他违规违纪违法事项。  若我方工作人员有违反上述规定的行为，请贵方主动监督并告知。我们绝不姑息，触犯国家法律的，依法移送司法机关处理。  二、企业及代表应遵守以下行为规范:  1.严禁违反我院《医药代表来访接待办法》进入诊室、病房等一线部门和区域。  2.严禁商业贿赂，不得假借学术会议、科研协作、学术支持、捐赠资助进行利益输送，严禁以任何名义、形式提供回扣、宴请、贵重礼品、有价证券、支付凭证或者旅游、健身、娱乐等。  3.严禁获取我院药品、耗材、试剂等产品或服务的采购、使用科室、人员、数量、金额等敏感信息。  4.严禁组织我院工作人员进行产品推介等商业宣传活动。  5.严禁直接给予我院工作人员讲课费。  6.不向我院工作人员提出违规违纪违法要求。  若贵方人员违反本规定，我院有权终止或取消合作，由此造成的后果由贵方承担。  三、监督联系方式：  通讯 地 址：济南市槐荫区济兖路440号办公楼1009房间  邮 政 编 码：250117  让我们为建立廉洁公平、公开透明、高效共赢的营商环境而共同努力! |
| **《廉政监督告知书》反馈意见** |
| 《廉政监督告知书》已知悉，我方郑重承诺:一定大力支持和配合，并坚决杜绝违规行为。  合作企业(单位)名称（盖章）: 负责人或代表(签名) :  联系电话: 年 月 日 |

注:本告知书-式二份，一份合作企业保存，一份接待部门备存待查。

**山东第一医科大学附属肿瘤医院纪检监察部制**