赣南医科大学第三附属医院（附属口腔医院）

医药代表、设备及耗材代理商来院预约登记表

年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 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） | | | |

备注:医药代表在医务科备案后，填写《医药代表、设备及耗材代理商来院预约登记表》发送电子版至医疗后勤保障科设备组:gysfysbk@163.com或药剂科:gysfyyjk@126.com，提出预约申请。