附件1

**宁波市眼科医院医药代表备案信息表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  |
| 身份证号码 | |  | 联系电话 |  |
| 企业名称 | |  | 法人代表 |  |
| 联系地址 | |  | 社会信用代号 |  |
| 授权范围 | |  | | |
| 医药代表及所在企业承诺 | | 我承诺在宁波市眼科医院开展业务活动时严格遵守国家相关法律法规和医院的规章制度、廉洁从业。如若违反，愿接受相应处罚。  企业名称（盖章）  医药代表：  日期： | | |
| 审核意见 | 20 年 月 日 | | | |
| 备 注 |  | | | |