附件 3

榆林市榆阳区人民医院榆林市儿童医院
医药（器械）代表通行证备案审批表

<table>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>性　别</td><td></td><td rowspan="4">照片</td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>学　历</td><td></td><td>专　业</td><td></td></tr>
<tr><td>电话联系方式</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所属企业名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>企业社会信用代码</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>公司地址</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>公司联系方式</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>合同（授权）
起始日期</td><td></td><td>合同（授权）
终止日期</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>授权类别或品种</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>主要活动科室</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>医药（器械）
代表签名</td><td colspan="4">本人将按照公司安排，严格遵守医院规定，在医院许可范围内开展业务，绝不从事违规操作。

医药（器械）代表：</td></tr>
<tr><td>医药公司意见</td><td colspan="4">公司意见：

公司负责人：　　公司（盖章）：</td></tr>
</table>

药剂科/器械科意见	意 见： 科室负责人（签字）：
医院分管 领导意见	意 见： 医院分管领导（签字）：
医院纪检监察室 审核意见	意 见： 签字：
党委办公室 制证简要情况	发证人：
备注	

备注：1、医药（器械）代表需持本人身份证、公司委托书申请办证；

2、该表一式两份，党委办公室留存一份，药剂科/器械科留存一份；

3、要求医药（器械代表）必须在医院许可范围内、按照医院规定开展正常业务，不得从事与正常业务无关的任何其他工作，如有违规，将收回工作证，终止该医药（器械）代表业务资质；并视违规情况，交相关部门处理，并终止该配送企业所涉及相关部分业务。