附件2

医药代表备案信息表

 备案号：No.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 身份证号码 |  |
| 学历 |  |
| 专业 |  |
| 企业名称 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 合同（授权）起始日期 |  | 合同（授权）终止日期 |  |
| 法定代表人（委托代理人） |  |
| 授权类别或品种 |  |
| 事项变更、注销 |  |
| 医药生产经营企业对信息真实性的声明承诺及备案信息真实性声明 | 本人以及本单位保证，提供的资料和相关证明文件的真实性、完整性、准确性，并承担因资料虚假而产生的法律责任。我承诺在潍坊市第二人民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。如若违反，愿接受相应处罚。工作人员：           公司盖章： 日期：    年   月   日 |