附件1

惠州市第一妇幼保健院药械代表登记备案信息表

备案日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 照片 |
| 身份证号 |  | | 联系电话 |  | |
| 学历 |  | | 专业 |  | |
| 所属公司 |  | | 职务/岗位 |  | |
| 是否具有两年以上  医药医械领域工作经验 | |  | | | | |
| 所代表的药品/产品  上市许可持有人名称 | |  | | | | |
| 社会信用代码 | |  | | | | |
| 法定代表人 | |  | | | | |
| 授权(合同)起始日期 |  | | 授权(合同)  终止日期 | |  | |
| 授权类别或品种 | |  | | | | |
| 本企业（或个人）保证上述内容不存在任何虚假情况，并对上述内容的真实性、准确性、有效性承担全部责任。  手写上述内容：  药械代表签名： | | | | | | |