**附件：**

备案号：（药/械） 号

# 惠州市中大惠亚医院医药（械）代表

# 登记备案信息表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 职务 |  | | |
| 身份证号 |  | | |
| 联系电话 |  | | |
| 企业名称 |  | | |
| 企业地址 |  | | |
| 社会信用代码 |  | | |
| 法人代表姓名 |  | 联系电话 | |  |
| 合同（授权）  起始日期 |  | 合同（授权） 终止日期 | |  |
| 产品类别 | 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| 事项变更、注销 |  | | | |
| 所属企业对信息真实性的声明 | 以上信息均为真实信息，我司承诺对该医药  （械）代表在贵院的行为负责！（**公司盖章**） | | | |

登记部门：

登记时间：202 年 月 日

**备注：1、本表一式两份并加盖“医药(械)公司”公章 ；2、附医药（械）代表身份证复印件**