附件 3

仁怀市人民医院

医药器械生产经营企业及其代理人来访预

约申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 公司名称 |  | 来访人数 |  |
| 供应商代表姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 职 务 |  | 联系方式邮箱/手机号码 |  |
| 预约时间 |  | 是否已在我院登记备案 | 是 / 否 |
| 拜访部门 |  |
| 拜访对象 |  |
| 拜访目的 |  |
| 其他说明 |  |
| 附 件 | 请上传 “公司授权个人委托函” |