附件 1

## 医药代表来院预约登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医药代表预约登记 | 公司名称 |  | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 邮箱 | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
| 来院事由、时间： | | | | | | |
| 接待部门意见 |  |  | 签字： | | 年 | 月 | 日 |
| 医德医风办意见 |  |  | 签字： | | 年 | 月 | 日 |
| 接待反馈意见 | ：  请您遵守《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》和我院《院内接待医药代表管理暂行规定》等相关要求，  月 日 时 分准时到 与相关人员会谈。  会昌县人民医院医德医风管理办公室  年 月 日 | | | | | | |

附件 2

## 医药代表接待日登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 来访人姓名 |  | 来访人身份 |  | 来访时间 |  |
| 来访次数 |  | 接待科室及人员 |  | | |
| 会谈内容（可另附页）：  记录人签字： 年 月 日 | | | | | |

附件 3

医药生产经营企业及医药代表“九严禁”

承诺书

一、我承诺未经医疗卫生机构同意不会开展学术推广等活动；

二、我承诺不向医务人员提供药品、医疗设备、医用耗材等医药产品回扣；

三、我承诺不在医疗机构进行药品、医疗设备、医用耗材等营销宣传；

四、我承诺不向医疗卫生机构内设部门和个人直接提供各种名义和形式的捐赠、资助、赞助，发放补助及顾问费等；

五、我承诺不做任何干预或影响临床合理用药、误导医生使用药品、夸大或误导疗效的行为；

六、我承诺不做隐匿医药产品已知的不良反应信息或者隐瞒医生反馈的不良反应信息；

七、我承诺不参与统计医务人员开具的药品处方数量；

八、我承诺不安排医务人员到娱乐场所等进行消费娱乐活动；

九、我承诺不到医务人员及相关科室负责人家中访谈或向介绍人提供任何好处费。

承诺人：

年 月 日