附件4

药械代理人接待日预约登记表

公司名称:　 　　 日期：　年　月　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | 公司法人 |  |
| 身份证号码 |  | 公司地址 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 产品类别 | □药品类 □低值耗材类 □高值耗材类  □设备类 □其他类 | | |
| 来访目的 | □推介新产品或新技术 　□在用产品沟通 □业务沟通　　 □其他事项 | | |
| 介绍内容：（简明叙述） | | | |