附件2

德昌县人民医院

供应商代表进院申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基  本  信  息 | 公司名称 |  | | | | 公司法人 | | |  | | | |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 | |  | | | | 联系  电话 |  |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 | |  | | | | 联系  电话 |  |
| 公司地址 |  | | | | | | 邮箱 | |  | | |
| 申  请  事  项  类  别 | □药品、试剂  □设备、耗材  □科研、培训  □信息软件  □基建、安保、后勤物资  □广告标识标牌制作  □申请其他（请注明）： | | | | | | | | | | | |
| 申  请  理  由 | 请简要说明您申请入院办理业务的原因、内容、和目的： | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺：  不在诊疗场所从事与申请办理业务无关行为。不向医务人员赠送礼品或以其他方式对医务人员进行利益输送。 | | | | | | | | | | | | |
| 申请人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 接待职能部门审核情况及意见 | （填写内容及提供资料） |
| 分管领导意见 | 年 月 日 |
| 纪检监察室负责人意见 | 年 月 日 |
| 备注 |  |

注：本表一式两份，接待职能部门、纪委办各存一份。