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。