附件1

**医药代表备案信息表**

备案号：No.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | | |
| 学历/专业 |  | | |
| 联系电话 |  | | |
| 所代表的药品上市许可持有人名称 |  | | | |
| 社会信用代码 |  | | | |
| 企业联系电话 |  | | | |
| 法定代表人 |  | | | |
| 合同（授权）  起始-终止日期 |  | | | |
| 授权类别或品种 |  | | | |
| 药品上市许可持有人对信息真实性的声明 | 本单位保证上述内容不存在任何虚假情况，并对上述内容的真实性、准确性承担全部责任。（示例） | | | |
| 诚信记录 | （由医院填写） | | | |