孝感市中心医院

企业供应商代表定点接待预约申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | | 联系电话 | |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | |
| 公司名称 |  | | | | | |
| 公司地址 |  | | | | | |
| E-mail |  | | | | | |
| 计划到访时间 |  | | 计划洽谈时长 | |  | |
| 产品类别 | 药品类 | 设备类 | | 耗材类 | | 物资类 |
| 食品类 | 信息类 | | 工程类 | | 其他 |
| 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 | | |
| 介绍内容或建议要求：（简明叙述） | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |