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 |  |