附件1:

企业廉洁自律承诺书

为落实国家治理医药购销领域商业贿赂和医疗服务中不正之风专项治理工作实施要求，进一步加强行业作风建设，规范医药代表与医院工作人员的行为，充分发挥医药代表在临床学术推广中的作用，杜绝医药耗材购销领域中的“回扣”和“提成”等不正之风，积极配合贵院(福建省级机关医院）做好医疗服务工作，维护本企业的信誉和形象，特作如下承诺：

一、药品、医用耗材、医疗设备生产和经营企业的学术推广活动和营销行为，必须符合国家的相关法律、法规和规章制度，不得有违规违纪违法行为。

二、药品、医用耗材、医疗设备生产和经营企业要严把供应质量关，确保所供药品和器械的质量，按采购合同要求供货。

三、药品、医用耗材、医疗设备生产和经营企业及医药代表、营销人员等不得以回扣、提成等不正当手段进行促销；不得以旅游、考察、宴请等各种名义和形式进行促销；不得以任何借口向医院工作人员赠送现金、有价证券和其他物品等，或给予其他不正当利益。

四、医药代表不得进入医药有关科室及诊疗场所向医师、药械人员、部门及领导推销产品;不得向医院工作人员查询药品耗材的进、销、存量和使用情况，不得以任何形式和方式统计处方。

五、需要举行药品、医用耗材、医疗设备的宣传、学术讲座、会议、外出学习和参观等活动时，必须报医院相应职能部门备案，批准后方可安排，不得私自邀请医院职工参加上述活动。

六、给医疗机构的捐赠，保证严格按照国家的法律法规执行。

七、必须积极配合医院对药品、医用耗材、医疗设备购销中有无商业贿赂的调查。

如有违反上述承诺,我们愿意接受停用、取消中标资格、记入企业及医药代表诚信记录档案、纳入医院“黑名单”等，直至停止业务往来，接受上级纪检监察部门的其他处理。

本承诺书一式两份，医院相应职能部门和经营单位各留存一份。

公司名称: (加盖公章) 联系电话:

经销企业承诺代表(签名):

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2：  医药代表登记备案表 | | | | | | | | | | | | |
| 备案科室： 登记备案日期： 年 月 日 备案编号： | | | | | | | | | | | | |
| **来**  **访**  **者**  **登**  **记**  **来**  **访**  **者**  **登**  **记** | 代表姓名 |  | | | | | 性别 |  | 照 片 | | | |
| 身份证号 |  | | | | | | |
| 手机号码 |  | | | 何时与本院有业务往来 | | |  |
| 现居住地 | 省 市 县/区 | | | | | | |
| 所属企业  (全称） |  | | | | | 岗位  职务 |  |
| 法定  代表人 |  | | | 企业人事  部门电话 | | |  | 国药监局备案 | | 是 | 否 |
| 企业地址 | 省 市 县/区 | | | | | | | | | | |
| 授权  委托书 | 有 | 无 | 授权  起止时间 | |  | | | 首次  备案 | 是 | | 否 |
| 医药代表  承诺 | | 不在医院开展与相关  产品学习推广无关活动。 | | | | | 医药代表  签名 |  | | | |
| 授权类别、品种或推广项目 |  | | | | | | | | | | |
| 本院相关产品: (用Excel表格列出产品名称、规格、剂型、产地等信息) | | | | | | | | | | | |
| **院方**  **登**  **记** | 代表证  编号 |  | | | | | | 临时  代表证编号 |  | | | |
| 发证  日期 |  | | | | | | 变更、注销 |  | | | |
| 经办人  签字 |  | | | | | | 科室负责人  签字 |  | | | |
| 诚信记录: | | | | | | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | | | | | |

备注：1.与本院有业务往来的医药代表均要备案登记，未备案的一律不予接待； 2.相应职能部门在一个工作日内将备案材料复印两份，一份自留，一份报纪检监察部门备案监督，原件报行风办统一管理。

附件3:

医药代表院内拜访预约登记表

预约接待科室： 时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | | 性 别 |  | （电子照片） | |
| 身份证号码 |  | | 手机号码 |  |
| 所属企业  (全称） |  | | 法定  代表人 |  |
| 企业岗位职务 |  | | 企业人事  部门电话 |  |
| 涉及产品或项目 |  | | | | | |
| 来院事由： | | | | | | |
| 产品或项目介绍内容：（简明叙述） | | | | | | |
| 预约接待时间 |  | | 接待地点 |  | | |
| 预约相关科室  及接待人员  （除相应职能部门人员外至少需要两人在场） | 科室 |  |  |  | |  |
| 人员 |  |  |  | |  |

备注:此表须提前五个工作日报送相应职能部门预约备案，多人来访的，需一人一表填写，由相应职能部门留存。

附件4:

医药代表接待登记表

接待科室： 接待时间： 年 月 日 接待地点：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | 性 别 |  | （电子照片） |
| 身份证号 |  | 手机号码 |  |
| 所属企业  (全称） |  | 法定  代表人 |  |
| 企业岗位职务 |  | 企业人事  部门电话 |  |
| 涉及产品  或项目 |  | | | |
| 接待记录：  接待人员签字： 医药代表签字： | | | | |

备注:本表由接待科室填写并留存。