**附件2**

**新罗区妇幼保健院**

**医药代表的登记备案表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医药生产经营企业 |  | 法定代表人 |  |
| 被授权人信息 |
| 姓名 | 身份证号 | 性别 | 联系电话 |
|  |  |  |  |
| 具体授权开展的业务 |  |
| 授权期限 |  |
| 登记备案时间 |  |