附件1：

崇左市第二人民医院医药代表接待日登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | 电 话 |  |
| 公司名称 |  | | |
| 公司地址 |  | | |
| E-mail |  | | |
| 拜访事由 |  | | |
| 介绍内容或建议要求（简明叙述）： | | | |

**崇左市第二人民医院新药资料登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药品通用名 |  | 商品名 |  | | | 规格、包装 | |  | |
| 省中标情况 | □是  □否  □备案 | | | | 医保类别 | □甲类  □乙类  □非医保 | | | |
| 是否基本药物 | □是  □否 | | | | 经济性质 | □国产  □合资  □进口 | | | |
| 价格分类 |  | 价格 | | | 元 | 配送企业 | | |  |
| 生产企业 |  | | | | 质量标准 |  | | | |
| 批准文号或注册号 |  | 新药类别 | | 化学药（）类/生物制品（）类/中成药（）类 | | | | | |
| 正在使用医院 | 省内：  省外： | | | | | | 上市年份 | |  |
| 用法用量、疗程 |  | | | | | 每日治疗费用  每疗程治疗费用 | | 元  元 | |
| 产品特点或优势 |  | | | | | | | | |
| 适应症 |  | | | | | | | | |
| 主要不良反应 |  | | | | | | | | |
| 同类产品 |  | | | | | | | | |
| 请接待日当面递交以下资料，所有资料放入透明塑料资料袋中 | | | | | | | | | |
| 1.医药代表法人授权委托书  2.身份证明  3.药品说明书及彩页  4.药品检验报告书、药品质量标准、进口产品提供进口批件  5.加盖企业印章的（GMP）认证证书复印件及生产批件复印件  6.其它与该药相关的详细资料 | | | | | | | | | |

提供单位（盖章）：                填表人：

联系人：            联系电话：         E-mail：