附件：

重庆市第七人民医院

供应商来院预约登记表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** | |  | | |
| **姓名** | **性别** | **身份证号码** | **职务** | **联系电话** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **来院**  **事由** |  | | | |
| **预约**  **事项** | **预约时间 年 月 日 时至 时**  ①药品类 □ ②设备、耗材、试剂类 □  ③信息设备类 □ ④基建、后勤物资类 □ ⑤其他 | | | |
| **预约接待科室**  ①药学部□ ②设备科□ ③信息科□  ④总务科□ ⑤采购工作组□ ⑥其他 | | | |
| **科室**  **意见** | 科，计划于 年 月 日 时进行接待。  签字： | | | |

**说明：1.发送至电子邮箱(gysjdyx@163.com)进行预约登记，截止时间为接待日前5个工**

**作日。未进行预约登记，不予接待，特殊紧急情况除外。**

**2.科室意见由接待科室填写。**