**重庆医科大学附属永川医院设备、耗材等产品推介申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推介医疗产品名称 | **内科胸腔镜** | 会议  时间 | 2023年10月8日 | 会议地点 | 重庆医科大学附属永川医院6号楼**512**会议室 |
| 推介对象 | 重庆医科大学附属永川医院相关人员 | 申请  单位 |  | 申请人 |  |
| 联系方式 |  |
| 推 介 单 位 填 写 | 产品推介活动申请理由 | | | | |
| 为了让贵院了解推介产品严格的生产质量控制、优秀性能、高可靠性、先进的技术、完善客户支持和售后服务、高性价比、优质用户体验等方面内容，特此申请进行产品介绍。**（红色部分内容仅供参考，请结合自身情况完善申请理由，请一定根据自身产品特点重新编辑内容。完成后请删除红色部分参考内容）** | | | | |
| 产品推介活动过程简介 | | | | |
| 通过PPT或者彩页等方式介绍。 | | | | |
| 申请单位承诺：严格遵守国家、地方和卫生行业的有关法律、法规、相关政策以及廉政建设的各项规定。  申请单位签章：  年 月 日 | | | | |
| 相关临床科室意见 | 同意 □ 不同意 □ 负责人审核（签字）：  年 月 日 | | | | |
| 医务科意见 | 同意 □ 不同意 □ 负责人审核（签字）：  年 月 日 | | | | |
| 设备科意见 | 同意 □ 不同意 □ 负责人审核（签字）：  年 月 日 | | | | |