

# 中共广南县中医医院委员会文件

广中医党〔2024〕5号



## 中共广南县中医医院委员会关于印发 医药生产经营企业及工作人员 接待管理制度的通知

医院各党支部、各科室：

为进一步规范医院接待医药生产经营企业及工作人员，经院党委研究，现将《广南县中医医院医药生产经营企业及工作人员接待管理制度》印发你们，请严格遵照执行。同时，《广南县中医医院关于印发供应商来访接待制度的通知》（广中医便签〔2022〕12号）予以废止。

中共广南县中医医院委员会

2024年4月20日



# 广南县中医医院医药生产经营企业及 工作人员接待管理制度

为进一步加强医院行风建设，规范医药生产经营企业及工作人员在院开展业务行为，增强医务人员廉洁自律意识，营造风清气正工作氛围，根据《云南省卫生健康委关于进一步规范医疗机构接待医药生产经营企业及工作人员工作的通知》的要求，结合医院实际，特制定本制度。

一、本制度所称医药生产经营企业及工作人员，主要是指药品、医疗设备和医用耗材等医药产品的生产、经营企业或者其代理机构及工作人员。

## 二、接待负责科室

院纪委对日常接待工作进行统筹、指导、监督和管理；药剂科负责接待药品生产经营企业及工作人员；资产管理科负责接待医疗设备、医用耗材生产经营企业及工作人员。

## 三、接待时间

每周四为医药生产经营企业及工作人员接待日，接待时间为上午 8:30-12:00、下午 14:30-17:30。

## 四、接待地点

医技楼五楼接待室。

## 五、接待人员

接待人员必须是已在院纪委备案，并经过至少一次院纪委统一培训的职工。接待科室负责在接待前确定接待人员人选，每次至少 2 人，优先选择近三年医德考评结果为优秀的人员。

## **六、接待流程**

（一）预约登记。医药生产经营企业及工作人员必须提前 5 个工作日进行预约，填写《预约登记表》（见附件），发送至指定邮箱（18183686191@163.com）进行预约登记。拟来访人员为医药代表的，需附药品监督管理部门医药代表备案信息表。未经预约登记的，恕不接待。

（二）审批。院纪委接到预约邮件后，将资料移交接待负责科室；接待负责科室审核接待的必要性，提出建议，报分管领导审批。

（三）发出通知。接待负责科室在接待日前 3 个工作日将审批结果通知企业及工作人员，连同接待人员名单、接待时间和地点一并报院纪委备案。

（四）正式接待。接待前应先签订《廉洁自律承诺书》，接待人员在接待工作中应做好相关记录，收集药品、设备及耗材供应商提供的资料，听取关于药品、设备及耗材等信息介绍，简要记录交流内容，形成台账资料。

## **七、其他有关要求**

（一）严禁科室及个人私自接待医药生产经营企业及工作人员，不允许医药生产经营企业及工作人员进入科室进行有关产品

推介和促销活动，药剂科、信息科等各部门不得提供用药、用械信息给医药生产经营企业及工作人员。若有违反，一经发现并查实，对相关科室及个人视作违纪行为进行处理，立即停止采购该医药生产经营企业及工作人员(厂、商)的产品。

(二)院纪委负责对医院重点岗位工作人员和与医院有业务来往的医药生产经营企业及工作人员每年至少开展一次集体廉政警示教育并建立台账。

(三)院纪委不定期检查接待负责科室的台账资料，若发现不做记录或记录不全，按照医院党风廉政建设工作督察的相关规定予以处罚。

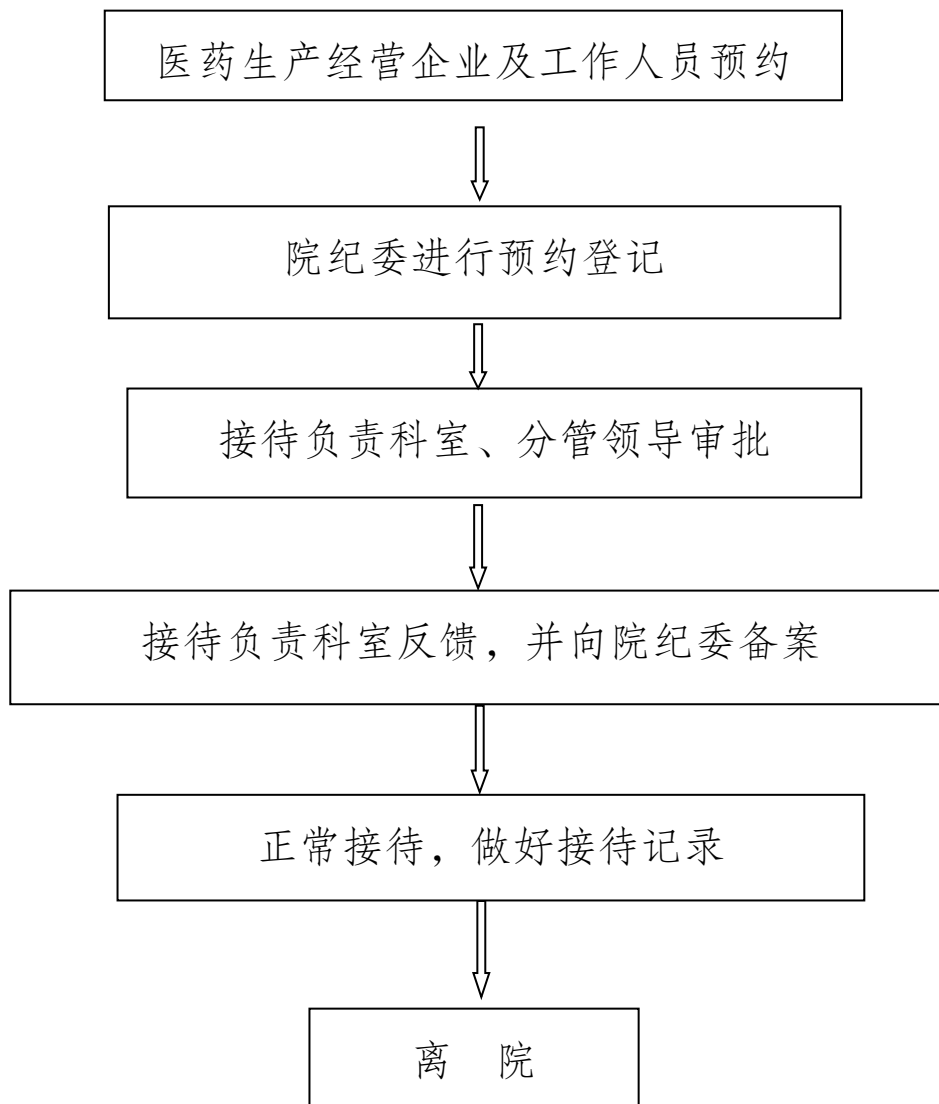
(四)医药生产经营企业及工作人员未按要求预约，但确有紧急事项需要沟通的，经分管领导批准后可以先予接待，在接待结束后1个工作日内补办审批手续和备案。

(五)与医院有业务来往的供应商，在开展日常设备维护、供货、结算等合同范围内业务时，相关科室可以根据业务需要自行登记并接待。仅限于合同范围内业务，如要洽谈新项目、新业务，必须按规定预约。

- 附件：1.医药生产经营企业及工作人员接待流程  
2.广南县中医医院廉洁自律承诺书  
3.预约登记表

附件 1

## 医药生产经营企业及工作人员接待流程



附件 2

## 广南县中医医院廉洁自律承诺书

为进一步加强党风廉政建设，贯彻落实中央八项规定精神，强化廉洁自律意识，认真履行到访工作职责，树立企业良好形象，根据中央和省、市关于党风廉政建设责任制和廉洁自律的各项规定，本人郑重做出如下承诺：

一、严格遵守国家法律法规及行业自律规定，坚持公平公正、诚实信用的原则，绝不损害贵单位与我司双方利益的事，绝不损害国家和社会利益的事。

二、不得以任何理由向贵单位人员及其亲属贿赂，包括但不限于送钱、物、购物卡、有价证券、免费提供劳务、支付应由个人支付的各种费用。

三、不私下接触贵单位人员及其亲属。

四、积极配合贵单位调查、检查、调研等工作，及时提供相关资料和客观真实的信息。

五、若贵单位人员提出违纪要求或有其他违法违规问题，积极向贵单位纪检监察部门举报。

六、若违反以上条款，贵单位可将我公司列入黑名单，永久禁止合作往来。

承诺人：

公司名称：

## 附件 3

## 预约登记表

公司名称 (盖章)		类别	生产企业 <input type="checkbox"/> 医药代表 <input type="checkbox"/>
业务内容	药品 <input type="checkbox"/> 设备 <input type="checkbox"/> 耗材 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> _____		
计划来访 人员	姓名	身份证号	职务
计划来访时间		计划访问科室	
拟办事项			
医院纪委意见	此预约于_____年__月__日通过(现场)(邮件)接收, 已转_____办理。 经办人: _____ 年 月 日		
接待负责科室 意见	<input type="checkbox"/> 不接受预约 <input type="checkbox"/> 接收预约 负责人签字: _____ 年 月 日		
分管领导 审批意见	分管领导签字: _____ 年 月 日		
备案信息	接待时间设定: _____年__月__日__时__分 接待地点: _____ 接待人: _____		

- 1.本表需加盖公司印章后，现场提交或以 PDF 文件发送至制定邮箱。
- 2.咨询电话：0876-3029341；邮箱：18183686191@163.com

