**隆林各族自治县中医医院防止利益冲突报备表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称 |  | 在医院销售的设备、耗材、药品、物资、基建、维修、工程等名称（只写大类） |  |
| 医院职工本人、配偶、子女、子女配偶及其他共同利益关系人在该企业合作或任职情况 | □否 |
| □是 | 医院职工姓名 |  | 在该企业合作或任职情况 | □是 □否 | 合作方式及在该企业担任职务 |  |
| 职工配偶、子女、子女配偶及其他共同利益关系人姓名 | 与该职工关系 | 合作方式及在该企业担任职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 其他需要报备的情况： |
| 1、本公司郑重承诺，以上填写情况属实、准确、完整，并自愿接受医院审查；委托代理人签名的请一并提交委托书。2、如以上信息发生变化，将及时向医院纪检监察室及主管科室报备；3、如不如实报备，一经查实，本公司承担相应责任。报告公司（签章）： 法人及委托代理人： 报告时间： |