**数据处理申请单**

**备案号：**好医生数调备字【2017-04-27-00-01】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申 请 记 录** | 项目名称 | cme | | 项目归属 | cme |
| 接收邮箱 | shenyao@mail.haoyisheng.com | | 期望完成时间 |  |
| 数据来源 | cme | | 导出数据□ | |
| 申请事项原因说明及数据范围： | | | | |
| 数据选项（请详细列出字段名称）：  省份，地市，区县，单位，用户名，姓名，性别，科室，职称，联系电话，课题编号，医院级别，年龄，自填地址，学习状态（所有状态），课题名称，付费卡号，申请子类型，开始日期，通过日期，发证日期  开始时间:2017-04-27 结束时间:2017-12-31 | | | | |
| 数据声明：  **我确认以上所填内容真实有效，所提供数据无虚假信息。如因数据真实性问题触犯相关法律法规，本人承担全部法律责任，与好医生医学教育中心无关。** | | | | |
| 申请人/申请日期: | | 产品经理/批准日期: | | |
| **审批记录** | 产品部、技术部经理/批准日期: | | | | |
| 销售总监、地区负责人（数据修改删除必须有此签字）/批准日期: | | | | |
| 总经理/批准日期: | | | | |
| **受 理 记 录** | 受理情况： | | | | |
| 处理人/日期： | | 部门批准/日期： | | |
| **备 注** |  | | | | |

注：1. 销售部门调取数据时，先提交给部门助理，由销售总监批准；

2. 分公司调取数据时，先提交到CME产品专员，再提交产品部、技术部经理批准；

3. 如调取涉及用户隐私信息（包括：身份证号，手机，电话，联系地址，Email，密码）的数据，需要总经理批准。