

เลขที่รับ.....
วันที่.....เวลา.....น.



แบบแจ้ง

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ฉบับที่ ๔๕ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรื่อง การแจ้งราคา การกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขเกี่ยวกับการจำหน่ายยารักษาโรค เวชภัณฑ์ ค่าบริการรักษาพยาบาล บริการทางการแพทย์ และบริการอื่นของสถานพยาบาล

ลงวันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน).....ชื่อโรงพยาบาล.....จำนวนเตียง.....เลขทะเบียนนิติบุคคล.....
 โรงพยาบาลตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
 ชื่อผู้ประสาน..... โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....
 ราคาซื้อและราคาจำหน่าย ณ วันที่ประกาศมีผลใช้บังคับ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
 แจ้งการจำหน่ายยาในราคาที่แตกต่างจากที่ได้แจ้งไว้

หน่วย:บาท

| รหัส TMT | รายการยา | ผู้ผลิตยา | ราคาซื้อ | | ราคาจำหน่าย | | อันดับการขาย |
|----------|----------|-----------|----------|------|-------------|------|--------------|
| | | | เดิม | ใหม่ | เดิม | ใหม่ | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

- หมายเหตุ :
- กรณีเป็นการแจ้งข้อมูลครั้งแรก ไม่ต้องกรอกข้อมูลในช่อง "เดิม"
 - กรณีจะจำหน่ายในราคาแตกต่างจากที่เคยแจ้งไว้ ให้กรอกข้อมูลทั้งในช่อง "เดิม" และ "ใหม่" ด้วย
 - ช่อง "อันดับการขาย" ให้กรอกเลข ๑ - ๑๐๐ ของรายการยาที่มีปริมาณจำหน่ายสูงสุดในแต่ละโรงพยาบาล ๑๐๐ อันดับแรก
 - การแจ้งข้อมูลของสินค้าแต่ละรายการให้กรอกเฉพาะที่ประกาศกำหนดให้แจ้ง
 - กรณีช่องว่างสำหรับการกรอกไม่พอ ให้ใช้แผ่นแนบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้แจ้ง.....ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ประทับตรานิติบุคคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.