

เลขที่รับ.....
วันที่.....เวลา.....น.



แบบแจ้ง

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ฉบับที่ ๕๒ พ.ศ. ๒๕๖๕

เรื่อง การแจ้งราคา การกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขเกี่ยวกับการจำหน่ายยารักษาโรค เวชภัณฑ์ ค่าบริการรักษาพยาบาล บริการทางการแพทย์ และบริการอื่นของสถานพยาบาล
ลงวันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน).....เลขทะเบียนนิติบุคคล.....
สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ชื่อผู้ประสาน.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....
ประเภทธุรกิจ ผู้ผลิตยา ผู้นำเข้ายาในราชอาณาจักรเพื่อจำหน่าย ผู้แทนจำหน่ายของ
ราคาจำหน่าย ณ วันที่ประกาศมีผลใช้บังคับ วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

หน่วย:บาท

รหัส TMT	รายการยา	ผู้ผลิตยา	ราคาจำหน่าย

หมายเหตุ :

- กรณีเป็นผู้แทนจำหน่าย ต้องกรอกว่าเป็นผู้แทนจำหน่ายของใคร
- การแจ้งข้อมูลของสินค้าแต่ละรายการให้กรอกเฉพาะที่ประกาศกำหนดให้แจ้ง
- กรณีช่องว่างสำหรับการกรอกไม่พอ ให้ใช้แผ่นแนบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

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

ตำแหน่ง.....

(ประทับตรานิติบุคคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.