

|                        |
|------------------------|
| เลขที่รับ.....         |
| วันที่.....เวลา.....น. |



แบบแจ้ง

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ฉบับที่ ๘๗ พ.ศ. ๒๕๖๒

เรื่อง การแจ้งราคา การกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขเกี่ยวกับการจำหน่ายยารักษาโรค เวชภัณฑ์ ค่าบริการรักษาพยาบาล บริการทางการแพทย์ และบริการอื่นของสถานพยาบาล ลงวันที่ ๔ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน).....เลขทะเบียนนิติบุคคล.....

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ชื่อผู้ประสาน..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... อีเมล.....

ประเภทธุรกิจ  ผู้ผลิตยา  ผู้นำเข้ายามาในราชอาณาจักรเพื่อจำหน่าย  ผู้แทนจำหน่ายของ .....

ราคาจำหน่าย ณ  เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๒  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. ....