



แบบแจ้ง

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ฉบับที่ ๕๒ พ.ศ. ๒๕๖๒

เรื่อง การแจ้งราคา การกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขเกี่ยวกับการจำหน่ายยารักษาโรค เวชภัณฑ์ ค่าบริการรักษาพยาบาล บริการทางการแพทย์ และบริการอื่นของสถานพยาบาล ลงวันที่ ๒๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

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

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

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

ราคาซื้อและราคาจำหน่าย ณ เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๒ วันที่.....เดือน..... พ.ศ. แจ้งการจำหน่ายยาในราคาที่แตกต่างกันที่ได้แจ้งไว้

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.