

เลขที่รับ.....
วันที่.....เวลา.....น.

แบบแจ้ง

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ฉบับที่ ๕๒ พ.ศ. ๒๕๖๒

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

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน).....เลขทะเบียนนิติบุคคล.....
 สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 ชื่อผู้ประสาน..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... อีเมล.....
 ประเภทธุรกิจ ผู้ผลิตยา ผู้นำเข้ายาในราชอาณาจักรเพื่อจำหน่าย 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.