



แบบแจ้ง

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ฉบับที่ ๔๙ พ.ศ. ๒๕๖๗

เรื่อง การแจ้งราคา การกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขเกี่ยวกับการจำหน่ายยารักษาโรค เวชภัณฑ์ ค่าบริการรักษาพยาบาล บริการทางการแพทย์ และบริการอื่นของสถานพยาบาล

ลงวันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

 เลขที่รับ.....
 วันที่.....เวลา.....น.

ผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน).....เลขทะเบียนนิติบุคคล.....
 สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
 ผู้ประสาน..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... อีเมล.....
 ประเภทธุรกิจ ผู้ผลิตยา ผู้นำเข้ายาในราชอาณาจักรเพื่อจำหน่าย ผู้แทนจำหน่ายของ
 ดำเนินกิจการอยู่ในวันที่ประกาศมีผลใช้บังคับ ดำเนินกิจการภายหลังวันที่ประกาศมีผลใช้บังคับ

หน่วย:บาท

| รหัส TMT | รายการยา | ผู้ผลิตยา | ราคาจำหน่าย |
|----------|----------|-----------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

หมายเหตุ :

- กรณีเป็นผู้แทนจำหน่าย ต้องกรอกว่าเป็นผู้แทนจำหน่ายของใคร
- การแจ้งข้อมูลของสินค้าแต่ละรายการให้กรอกเฉพาะที่ประกาศกำหนดให้แจ้ง
- กรณีช่องว่างสำหรับการกรอกไม่พอ ให้ใช้แผ่นแนบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

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

ตำแหน่ง.....

(ประทับตรานิติบุคคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.