

เลขที่รับ.....
วันที่.....เวลา.....น.

แบบแจ้ง

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ

ฉบับที่ ๕๓ พ.ศ. ๒๕๖๙

เรื่อง การแจ้งราคา การกำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขเกี่ยวกับการจำหน่ายยารักษาโรค เวชภัณฑ์ ค่าบริการรักษาพยาบาล บริการทางการแพทย์ และบริการอื่นของสถานพยาบาล

ลงวันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน).....ชื่อโรงพยาบาล.....จำนวนเตียง.....เลขทะเบียนนิติบุคคล.....
โรงพยาบาลตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
ชื่อผู้ประสาน.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....

- ☐ ดำเนินกิจการอยู่ในวันที่ประกาศมีผลใช้บังคับ ☐ ดำเนินกิจการภายหลังวันที่ประกาศมีผลใช้บังคับ
☐ แจ้งการจำหน่ายยาตามรายการใหม่ในบัญชี ☐ แจ้งการจำหน่ายยาในราคาที่แตกต่างกันที่ได้แจ้งไว้

หน่วย:บาท

รหัส TMT	รายการยา	ผู้ผลิตยา	ราคาซื้อ		ราคาจำหน่าย		อันดับการขาย
			เดิม	ใหม่	เดิม	ใหม่	

- หมายเหตุ : ๑. กรณีเป็นการแจ้งข้อมูลครั้งแรก ไม่ต้องกรอกข้อมูลในช่อง "เดิม"
๒. กรณีจะจำหน่ายในราคาแตกต่างจากที่เคยแจ้งไว้ ให้กรอกข้อมูลทั้งในช่อง "เดิม" และ "ใหม่" ด้วย
๓. ช่อง "อันดับการขาย" ให้กรอกเลข ๑ - ๒๐๐ ของรายการยาที่มีปริมาณจำหน่ายสูงสุด ๒๐๐ อันดับแรก ในแต่ละโรงพยาบาล
๔. การแจ้งข้อมูลของสินค้าแต่ละรายการให้กรอกเฉพาะที่ประกาศกำหนดให้แจ้ง
๕. กรณีช่องว่างสำหรับการกรอกไม่พอ ให้ใช้แผ่นแนบ
๖. การแจ้งยาตามรายการใหม่ในบัญชีซึ่งไม่เคยแจ้งมาก่อน ให้แจ้งภายใน ๓๐ วันนับแต่วันที่เริ่มจำหน่าย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

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

ตำแหน่ง.....

(ประทับตรานิติบุคคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.