

บันทึกคำให้การผู้กระทำความผิด
(กรณียินยอมเปรียบเทียบ)

คดีเปรียบเทียบที่...../.....

ที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....โทร.....

(โดยมี นาย/นาง/นางสาว.....เป็นผู้ได้รับมอบอำนาจตาม
หนังสือมอบอำนาจที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

เจ้าหน้าที่ได้แจ้งข้าพเจ้าว่า.....เป็นผู้กระทำความผิดตาม
พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ มาตรา.....ข้อหา.....

มีบทลงโทษตามมาตรา.....ต้องระวางโทษ.....
ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ทำการเปรียบเทียบได้ ข้าพเจ้ารับทราบแล้ว ขอให้การรับสารภาพว่า
กระทำความผิดจริง และผู้มีอำนาจเปรียบเทียบได้พิจารณาแล้ว กำหนดค่าปรับเป็นเงิน จำนวน.....บาท
(.....) นั้น ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

(๑) ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้มีอำนาจเปรียบเทียบทำการเปรียบเทียบ จำนวน.....บาท
(.....) โดยจะนำเงินค่าปรับจำนวนนี้มาชำระภายในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(๒) ของกลางที่พนักงานเจ้าหน้าที่ได้ยึดหรือเก็บมานั้น ข้าพเจ้าขอมอบให้เป็นของ.....
กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนตามที่ระบุไว้ในบัญชีของกลางแนบท้ายคำให้การฉบับนี้

(๓) ของกลางที่พนักงานเจ้าหน้าที่ได้อายัดไว้ จำนวน.....
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะแก้ไขให้ถูกต้องภายในกำหนด.....วัน เมื่อแก้ไขถูกต้องแล้ว ข้าพเจ้าจะมาแจ้ง
เพื่อขอถอนการอายัดต่อไป

(๔) หากข้าพเจ้าไม่นำเงินจำนวนดังกล่าวตาม (๑) มาชำระภายในเวลาที่กำหนด หรือไม่ปฏิบัติตาม
(๓) ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ดำเนินการตามกฎหมายต่อไป

บันทึกนี้ เจ้าหน้าที่ได้อ่านให้ผู้กระทำความผิดฟังแล้วรับว่าถูกต้อง จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้กระทำความผิด

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจเปรียบเทียบ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

หมายเหตุ ในกรณีนิติบุคคลเป็นผู้กระทำความผิด ใช้แบบ ป.ป.๒ นี้แยกเป็นสองฉบับ สำหรับกรณีนิติบุคคล
ฉบับหนึ่งและสำหรับผู้แทนหรือผู้จัดการอีกฉบับหนึ่ง แต่ให้มาลงหมายเลขคดีเพียงเลขเดียว

บัญชีของกลาง

คดีเปรียบเทียบที่...../.....

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....โทร.....

ผู้กระทำความผิดยินยอมยกของกลางให้ตกเป็นของ.....

กระทรวงสาธารณสุข ดังมีรายการดังต่อไปนี้

ลำดับที่	รายชื่อของกลาง	จำนวนปริมาณ	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....ผู้กระทำความผิด

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจเปรียบเทียบ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
แบบเปรียบเทียบกำหนดค่าปรับ

คดีเปรียบเทียบที่...../.....

ที่ทำการเปรียบเทียบ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้กล่าวหา.....

ชื่อผู้กระทำความผิด (๑).....

(๒).....

เหตุเกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ณ สถานที่.....ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....

คดีนี้ผู้กระทำความผิดได้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒
มาตรา.....ข้อหา.....

มีบทลงโทษตามมาตรา.....ต้องระวางโทษ.....

ซึ่งเป็นความผิดที่เปรียบเทียบได้ และผู้กระทำความผิดยินยอมให้เปรียบเทียบ จึงเปรียบเทียบปรับผู้กระทำความผิดเป็นเงิน.....บาท (.....)

ผู้กระทำความผิดได้ชำระค่าปรับแล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....ผู้กระทำความผิด

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจเปรียบเทียบ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

หมายเหตุ - ค่าปรับบุคคลธรรมดา
เป็นเงิน.....บาท และปรับนิติบุคคล
เป็นเงิน.....บาท รวมเป็น.....บาท
ผู้กระทำความผิดรับทราบและยินยอมให้ปรับตาม
จำนวนดังกล่าว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

บันทึกการชำระเงิน

ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จำนวนเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับเงิน

ประวัติผู้กระทำความผิด

๑. ผู้กระทำความผิด	ชื่อ.....ชื่อสกุล.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....ที่อยู่บ้านเลขที่..... ผู้จัดแจ้ง.....เลขที่..... /
๒. วัน เวลา และ สถานที่เกิดเหตุ	เหตุเกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น. สถานที่เกิดเหตุ.....
๓. ข้อหา	ฐาน..... ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒
๔. จำนวนของกลาง	ของกลาง (๑) ยึดและเก็บมา..... (๒) อายัด.....
๕. ผลคดี	ตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ ฐาน.....มาตรา..... ผู้กระทำความผิดยินยอมให้เปรียบเทียบและชำระเงินค่าปรับ จำนวน.....บาท.....สตางค์ วันที่ชำระค่าปรับวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... หลักฐานการสั่งเปรียบเทียบ ตามหนังสือหรือบันทึก ที่...../.....วันที่..... เดือน.....พ.ศ.....
๖. งานคลังรับเงิน	วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... จำนวน.....บาท.....สตางค์ ตามใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่.....

ลงชื่อ.....ผู้บันทึกประวัติ
 (.....)
 ตำแหน่ง.....