

ใบแจ้งการชำระเงินค่าธรรมเนียม

ที่จะจัดเก็บจากผู้ยื่นคำขอในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์ยา

(ตามคำสั่ง คสช. ที่ 77/2559 เพื่อรองรับมาตรา 44)

เลขรับที่.....
วันที่...../...../2562

เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่จะจัดเก็บจากผู้ยื่นคำขอในกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์ยา พ.ศ. 2560

เรียน หัวหน้างานการเงินและการบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ด้วยศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ได้รับคำขอพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์ยา ในนามของ นาย/นาง/น.ส./บริษัท/หจก.อำเภอ..... จังหวัดนครราชสีมา โดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคได้แจ้งให้ผู้ยื่นคำขออนุญาตชำระค่าธรรมเนียมในอัตราที่กำหนด ดังนี้

ประเภท	รายการคำขอ	ค่าธรรมเนียม ฉบับละ (บาท)	เลขที่ใบเสร็จ (เล่ม/เลข)
ยาแผนปัจจุบัน	☐ ค่าคำขอใบอนุญาตสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน	500	
	☐ ค่าคำขอใบอนุญาตนำเข้าหรือส่งยาแผนปัจจุบันเข้ามาในราชอาณาจักร	500	
	☐ ค่าคำขอย้ายสถานที่ขายยาหรือสถานที่นำเข้าหรือส่งยาเข้ามาในราชอาณาจักร	500	
	☐ ค่าคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตยาแผนปัจจุบัน	300	
ยาแผนโบราณ	☐ ค่าคำขอใบอนุญาตสถานที่ขายยาแผนโบราณ	500	
	☐ ค่าคำขอใบอนุญาตสถานที่ผลิตยาแผนโบราณ	500	
	☐ ค่าคำขอใบอนุญาตนำเข้าหรือส่งยาแผนโบราณเข้ามาในราชอาณาจักร	500	
	☐ ค่าคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตยาแผนโบราณ	300	
วัตถุออกฤทธิ์และยาเสพติด	☐ ค่าขอรับใบอนุญาตให้มีไว้ในครอบครองหรือใช้ประโยชน์ซึ่งวัตถุออกฤทธิ์ (คลินิก)	500	
	☐ ค่าคำขอใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท (คำขอละ 500 x) ○ ประเภท 2 (คลินิก) ○ ประเภท 3 (ร้านยา) / ○ ประเภท 4 (ร้านยา)		
	☐ ค่าคำขอใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 3	500	
	☐ ค่าคำขอแก้ไข เปลี่ยนแปลง รายการในใบอนุญาต ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4 (ร้านยา)	300	
	☐ ค่าคำขอแก้ไข เปลี่ยนแปลง รายการในใบอนุญาต จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย ซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 (ร้านยา)	300	
ต่ออายุ	☐ ค่าคำขอต่ออายุใบอนุญาต ขายยาแผนปัจจุบัน	500	
	☐ ค่าคำขอต่ออายุใบอนุญาต ขาย/ผลิต ยาแผนโบราณ	500	
	☐ ค่าคำขอต่ออายุใบอนุญาต ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือประเภท 4	300	
	☐ ค่าคำขอต่ออายุใบอนุญาต จำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 3	300	
	☐ ค่าการพิจารณาและการตรวจประเมินตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice : GPP)	2,000	
	☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)		

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอให้ท่านเก็บเงินค่าธรรมเนียมตามอัตราที่กำหนดข้างต้น และให้ผู้ประกอบการนำใบเสร็จรับเงินมาแสดงที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ด้วย

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการ