

ใบแจ้งชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ

เลขรับที่.....

วันที่...../...../.....

เรื่อง การชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาต

เรียน หัวหน้างานการเงินและการบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ด้วยศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ได้รับคำขออนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในนามของ นาย/นาง/น.ส./บริษัท/หจก.อำเภอ.....จังหวัดนครราชสีมา โดยกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคได้แจ้งให้ผู้ขออนุญาตชำระค่าธรรมเนียมตามอัตราที่กำหนด ดังนี้

ประเภท	รายการ	ค่าธรรมเนียม (บาท)	เลขที่ใบเสร็จ (เล่ม/เลข)
ยา	☐ ขายยาแผนปัจจุบัน	2,000	
	☐ ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ	1,000	
	☐ ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จฯ สำหรับสัตว์	1,000	
	☐ ขายส่งยาแผนปัจจุบัน	1,500	
	☐ ขายยาแผนโบราณ	300	
	☐ ผลิตยาแผนโบราณ	1,000	
อาหาร	☐ ผลิตอาหาร		
	☐ นำ/ส่งอาหารเข้ามาในราชอาณาจักร	15,000	
วัตถุเสพติด	☐ ขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 (คลินิก)	1,000	
	☐ ครอบครองหรือใช้ประโยชน์วัตถุออกฤทธิ์ประเภท 3 / ประเภท 4 (คลินิก)	500	
	☐ ขายวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 3 หรือ ประเภท 4 (ร้านยา)	1,000	
	☐ ผลิต จำหน่าย นำเข้า หรือส่งออกซึ่งขายยาเสพติดให้โทษ ประเภท 3 (ร้านยา)	1,000	
สถานพยาบาล	☐ ใบประกอบกิจการสถานพยาบาล (ไม่มี เพียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน)	1,000	
	☐ ใบประกอบกิจการสถานพยาบาล (มี เพียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน)		
	☐ ใบดำเนินการสถานพยาบาล (ไม่มี เพียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน)	250	
	☐ ใบดำเนินการสถานพยาบาล (มี เพียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน)		
	ค่าธรรมเนียมประจำปี การประกอบกิจการสถานพยาบาล (คลินิก)	500	
	ค่าธรรมเนียมประจำปี การประกอบกิจการสถานพยาบาล (รพ.)		
	ค่าใบอนุญาตโฆษณาหรือประกาศเกี่ยวกับสถานพยาบาล ☐ ประเภทที่ 1 จำนวน.....หน้า x 500 บาท ☐ ประเภทที่ 2 จำนวน.....หน้า x 1,000 บาท		
	☐ ค่าใบแทนใบอนุญาต..... (ยา100 / อาหาร500 / สถานพยาบาล200)		
	☐ ค่าปรับ กรณี (โปรดระบุ).....		
	☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)		

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอให้ท่านเก็บเงินค่าธรรมเนียมตามอัตราที่กำหนดข้างต้น และให้ผู้ประกอบการนำใบเสร็จรับเงิน มาแสดงที่ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ ด้วย

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการ