

เลขคำขอซื้อ

วันที่

ผู้รับ

คำขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 2

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

ซึ่งมีผู้ดำเนินการชื่อ.....นามสกุล.....เป็นผู้รับอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท 2
ใบอนุญาตเลขที่.....

ณ สถานที่ชื่อ.....จังหวัด.....

โทรศัพท์ (สำหรับส่งข้อมูล SMS).....โทรศัพท์ (สำหรับติดต่อ)..... E-mail.....

ขอซื้อคำขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ต่อเลขที่การคณะกรรมการอาหารและยา ตามรายการดังต่อไปนี้

ยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (ระบุชื่อการค้า/ชื่อตัวยาสำคัญ และความแรง)	ปริมาณที่ขอซื้อ (ระบุตามขนาดบรรจุที่มีขาย)	ปริมาณที่อนุมัติ	หมายเหตุ

โปรดระบุการรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 (กรณีไม่ระบุจะนำส่งยาทางไปรษณีย์)

 จัดส่งทางไปรษณีย์ มารับเอง

สำหรับหน่วยงานของรัฐให้แจ้งข้อมูลการชำระหนี้ตามแบบฟอร์มใน QR code นี้



ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุในคำขอซื้อนี้เป็นความจริงทุกประการ และได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ระบุใน
คำขอซื้อเป็นอย่างดีแล้ว

*ยาที่ซื้อไปไม่รับเปลี่ยนหรือคืน ยกเว้นกรณีเหตุเกิดจากทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือยาเกิดความชำรุด
เสียหายจากการขนส่ง โดยจะพิจารณาการรับคืนตามเหตุผลข้อเท็จจริงเป็นกรณีไป*

..... ลงนามผู้ซื้อ

(.....)

หมายเหตุ การแก้ไขข้อความในคำขอซื้อให้ผู้ซื้อขีดฆ่า เขียนใหม่ และลงลายมือชื่อและวันที่กำกับทุกครั้ง

(ลายมือชื่อ).....ผู้อนุมัติ

วันที่.....