

เลขคำขอซื้อ
วันที่
ผู้รับ

คำขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 4

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....

ซึ่งมีผู้ดำเนินการชื่อ.....นามสกุล.....เป็นผู้รับอนุญาตผลิต จำหน่าย

นำเข้า ส่งออก หรือมีไว้ในครอบครองยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 ใบอนุญาตเลขที่.....

ณ สถานที่ชื่อ.....จังหวัด.....

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

ขอซื้อคำขอซื้อยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 ต่อเลขวิธีการคณะกรรมการอาหารและยา ตามรายการดังต่อไปนี้

ยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 (ระบุชื่อการค้า/ชื่อตัวยาสำคัญ และความแรง)	ปริมาณที่ขอซื้อ (ระบุตามขนาดบรรจุที่มีขาย)	ปริมาณที่อนุมัติ	หมายเหตุ

วัตถุประสงค์และความจำเป็น.....

โปรดระบุการรับยาเสพติดให้โทษในประเภท 4 (กรณีไม่ระบุจะนำส่งยาทางไปรษณีย์)

() จัดส่งทางไปรษณีย์ () มารับเอง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุในคำขอซื้อนี้เป็นความจริงทุกประการ และได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ระบุในคำขอซื้อเป็นอย่างดีแล้ว

ยาที่ซื้อไปไม่รับเปลี่ยนแปลงหรือคืน ยกเว้นกรณีเหตุเกิดจากทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือยาเกิดความชำรุดเสียหายจากการขนส่ง โดยจะพิจารณาการรับคืนตามเหตุผลข้อเท็จจริงเป็นกรณีไป

..... ลงนามผู้ขอซื้อ
 (.....)

หมายเหตุ การแก้ไขข้อความในคำขอซื้อให้ผู้ซื้อชี้แจงใหม่ และลงลายมือชื่อและวันที่กำกับทุกครั้ง

(ลายมือชื่อ).....ผู้อนุมัติ
 วันที่.....