

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในระบบงานวัตถุเสพติด

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ในฐานะผู้ดำเนินกิจการ
ตามใบอนุญาต.....ของสถานประกอบการชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ชื่อผู้รับอนุญาต.....เลขทะเบียนนิติบุคคลหรือเลขบัตรประชาชนของผู้รับอนุญาต
.....มีความประสงค์ขอเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการ
อาหารและยา ในระบบงานวัตถุเสพติด **ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับใบอนุญาตดังกล่าวข้างต้น คือการยื่นคำขอ
การแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตหรือหนังสือรับรอง การยื่นขอต่ออายุ การยื่นขอใบแทน และ
การขอรับใบอนุญาตดังกล่าวเข้าต้นผ่านระบบสารสนเทศ** (โปรดขีดข้อความที่ไม่ต้องการออก)

ทั้งนี้ข้าพเจ้ารับทราบ และยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการเข้าใช้สารสนเทศ
ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในระบบงานวัตถุเสพติด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอใช้งานระบบ

(.....)

หมายเหตุ

1. ให้แนบสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนแสดงชื่อผู้มีอำนาจลงนามผูกพันบริษัทฯ ฉบับล่าสุด
2. สำเนาบัตรประชาชน/บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ/หนังสือเดินทางและใบอนุญาตทำงาน(แล้วแต่กรณี) ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง มาพร้อมหนังสือฉบับนี้ด้วย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในระบบงานวัตถุเสพติด

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....ในฐานะผู้ดำเนินกิจการ
ตามใบอนุญาต.....ของสถานประกอบการชื่อ.....
ตั้งอยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
ชื่อผู้รับอนุญาต.....เลขทะเบียนนิติบุคคลหรือเลขบัตรประชาชนของผู้รับ
อนุญาต.....มีความประสงค์และยินยอมให้(นาย/นาง/นางสาว).....

เป็นผู้รับมอบอำนาจ มีอำนาจในการกระทำการแทนข้าพเจ้าในการเข้าใช้งานระบบสารสนเทศของ อย. ใน
ระบบงานวัตถุเสพติด เกี่ยวกับใบอนุญาต.....ดังนี้

ยื่นคำขอ ยื่นคำขอแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาต

ยื่นคำขอต่ออายุ รับใบอนุญาต / หนังสือรับรอง

อื่นๆ โปรดระบุ.....

ตลอดจนการแก้ไขเอกสาร ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีและผ่านระบบ
สารสนเทศฯ แทนข้าพเจ้า ได้ตั้งแต่วันที่.....จนถึง..... ทั้งนี้มีระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี
การใดที่ (นาย/นาง/นางสาว).....ได้กระทำลงไป
ภายใต้เงื่อนไขของหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ให้ถือเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำการนั้นด้วยตัวของข้าพเจ้า
เองทุกประการ และข้าพเจ้าขอรับผิดชอบทุกประการ

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานมาด้วย คือ สำเนาบัตรประชาชน/บัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของ
รัฐ/หนังสือเดินทางและใบอนุญาตทำงาน (แล้วแต่กรณี) ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ พร้อมรับรอง
สำเนาถูกต้อง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ติดอากรแสตมป์ 30
บาท ประทับตรา
บริษัทฯ(ถ้ามี)

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้มอบอำนาจ (ถ้ามี)

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

หมายเหตุ

1. กรณีผู้มอบอำนาจเป็นนิติบุคคล ผู้มอบอำนาจต้องครบถ้วนตามหนังสือ
รับรองจดทะเบียนนิติบุคคล เช่น กรรมการสองคนลงลายมือชื่อและ
ประทับตราสำคัญของบริษัท เป็นต้น และต้องแนบหนังสือรับรอง
การจดทะเบียนนิติบุคคลมาด้วย
2. กรณีต้องการยกเลิกการมอบอำนาจ ให้ผู้มอบอำนาจแจ้งเป็นลายลักษณ์
อักษร เพื่อเป็นหลักฐานนำข้อมูลของผู้รับมอบอำนาจออกจากระบบ