

แบบฟอร์ม ๒ กรณีผู้ยื่นเข้าใช้งานระบบแทน

เลขรับที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับและตรวจสอบ

วันที่ .....

เรื่อง ขอเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในส่วนของระบบงานด้านยา

เรียน ผู้อำนวยการกองยา ผ่านหัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
๑. สำเนาใบอนุญาต (กรณีรายใหม่ ไม่ต้องแนบ)
  ๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
  ๓. หนังสือมอบอำนาจซึ่งปิดอากรแสตมป์ ๓๐ บาท

ด้วยข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขบัตรประชาชน.....ในฐานะผู้ดำเนินกิจการตามใบอนุญาต เลขที่.....

ชื่อผู้รับอนุญาต.....เลขทะเบียนนิติบุคคล.....

ที่อยู่ตามใบอนุญาต.....

มีความประสงค์และยินยอมให้ (นาย/นาง/นางสาว).....

เลขบัตรประชาชน.....เป็นผู้รับมอบอำนาจ ในการเข้าใช้และดำเนินการตามระบบงานด้านยา

รายละเอียดดังนี้

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ระบบรายงานประจำปี  | <input type="checkbox"/> สำหรับผู้บันทึกข้อมูล | <input type="checkbox"/> สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน |
| <input type="checkbox"/> ระบบ FDA Reporter  | <input type="checkbox"/> สำหรับผู้บันทึกข้อมูล | <input type="checkbox"/> สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน |
| <input type="checkbox"/> ระบบ สถานที่ด้านยา | <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตด้านยา        | <input type="checkbox"/> GMP Clearance                 |

ทั้งนี้การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำภายใต้ขอบเขตแห่งการยินยอมนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพัน  
ข้าพเจ้าทุกประการ อีกทั้งข้าพเจ้ารับทราบและยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการเข้าใช้ระบบงานด้านยาโดยจะ  
กำกับให้ผู้รับมอบอำนาจทราบและปฏิบัติตามด้วยเช่นกัน อนึ่งข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบครบถ้วนแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ประทับตราบริษัท (ถ้ามี)

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจที่ขอใช้ระบบ  
( )  
ตำแหน่ง.....

อนุมัติ

(นายรังสรรค์ วงษ์บุญหนัก)

หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

## หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....  
วันที่ .....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....  
เลขบัตรประชาชน.....ในฐานะผู้ดำเนินการ ตามใบอนุญาต เลขที่.....  
ชื่อผู้รับอนุญาต..... เลขทะเบียนนิติบุคคล.....  
ที่อยู่ตามใบอนุญาต.....  
ขอมอบอำนาจให้ (นาย/นาง/นางสาว)..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....  
เป็นผู้มีอำนาจ ในการเข้าใช้ระบบสารสนเทศของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในส่วนของระบบงานด้านยา  
รายละเอียดดังนี้

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ระบบรายงานประจำปี  | <input type="checkbox"/> สำหรับผู้บันทึกข้อมูล | <input type="checkbox"/> สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน |
| <input type="checkbox"/> ระบบ FDA Reporter  | <input type="checkbox"/> สำหรับผู้บันทึกข้อมูล | <input type="checkbox"/> สำหรับเภสัชกรผู้ตรวจสอบรายงาน |
| <input type="checkbox"/> ระบบ สถานที่ด้านยา | <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตด้านยา        | <input type="checkbox"/> GMP Clearance                 |

ได้ตั้งแต่วันที่..... จนถึง .....

ข้าพเจ้าขอให้สัญญาว่าการกระทำใด ๆ ที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำลงไปภายใต้เงื่อนไขของหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ให้ถือเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำการนั้นด้วยตัวข้าพเจ้าเองทุกประการ และหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้เป็นการมอบอำนาจให้เฉพาะเพื่อดำเนินการตามที่ระบุไว้ข้างต้นเท่านั้น จึงได้ลงลายมือชื่อต่อหน้าพยานไว้เป็นหลักฐาน

ติดอากรแสตมป์ ๓๐ บาท

ลงชื่อ..... ผู้มอบอำนาจ  
( )

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ  
( )

ลงชื่อ..... พยาน  
( )

ลงชื่อ..... พยาน  
( )