

เอกสารยืนยันข้อมูลที่ใช้ในการออกหนังสือรับรอง GMP เครื่องมือแพทย์

ชื่อบริษัท : .....

Company Name : .....

ที่อยู่สถานประกอบการ : เลขที่ ..... หมู่ ..... ซอย ..... ถนน .....

แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

Address of Premise : ..... Moo ..... Soi ..... Road .....

Tumbol ..... District ..... Province ..... Postal code.....

(กรุณากรอกที่อยู่ให้ตรงกันทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

ขอขยาย : .....

.....

.....

Scope : .....

.....

.....

ต้องการใบรับรองเป็นภาษา ไทย อังกฤษ

.....

( ..... )

ผู้ยืนยัน

...../...../.....

ชื่อผู้ที่สามารถติดต่อได้ .....

โทรศัพท์ ..... โทรสาร .....

.....

ขอรับรองว่าข้อมูลถูกต้องและใช้ในการออกใบรับรองได้

.....

( ..... )

หัวหน้าผู้ตรวจประเมิน

...../...../.....