

บันทึกคำรับรองของผู้ดำเนินกิจการ  
เพื่อประกอบการต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

(๑) โดยบันทึกคำรับรองนี้ ข้าพเจ้า ..... อายุ ..... ปี

บัตรประจำตัวประชาชน / work permit (กรณีชาวต่างชาติ) เลขที่ ..... เป็น

ผู้รับอนุญาตใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ / ผู้ดำเนินกิจการ ของ

(๒) ใบอนุญาตขายเลขที่ .....

(๓) ชื่อสถานที่ .....

(๔) ตั้งอยู่เลขที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... หมู่ที่ .....

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

(๕) ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองต่อ “เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา” ซึ่งเป็น “ผู้อนุญาต” ตามพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม สำหรับการขอต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ ซึ่งจะหมดอายุหรือใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. .... และข้าพเจ้าได้ยื่นคำขอต่ออายุไว้กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยานั้น ข้าพเจ้าขอรับรองว่า คำขอต่ออายุใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์และเอกสารหลักฐานตามที่แนบมาด้วยเป็นปัจจุบัน และตรงตามที่ปรากฏในใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์ทุกประการ

(๖) หากปรากฏหรือพบว่า คำรับรองที่ได้ให้ไว้ตามบันทึกนี้ไม่เป็นความจริง หรือไม่ได้ปฏิบัติตามที่ได้ให้คำรับรองไว้แม้ประการใดก็ตาม ข้าพเจ้ายินยอมให้ “เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา” มีคำสั่งพักใช้ หรือเพิกถอน ใบอนุญาตขายเครื่องมือแพทย์นี้ ได้โดยทันที

(๗) ข้าพเจ้าได้อ่านบันทึกนี้โดยตลอดด้วยความเข้าใจถูกต้องชัดเจน และยอมรับว่าเป็นความจริงถูกต้องทั้งหมดทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน และขอมอบให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาไว้เพื่อเป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ..... ผู้ให้คำรับรอง

(.....)



ลงชื่อ ..... พยาน

(.....)

ลงชื่อ ..... พยาน

(.....)