

อาคารแสดมบี
30 บาท

หนังสือมอบอำนาจเพื่อเป็นผู้ยื่นคำขอตรวจประเมินรับรองระบบคุณภาพการผลิตเครื่องมือแพทย์

ที่

วันที่

โดยหนังสือฉบับนี้ (ชื่อนิติบุคคล)

สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่ ตรอก/ซอย

ถนน หมู่ที่ ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

โดยมี เป็นผู้มียอำนาจจัดการแทนนิติบุคคลปรากฏตามหนังสือรับรอง

การจดทะเบียนนิติบุคคลกระทรวงพาณิชย์ ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ จดทะเบียนวันที่

ขอมอบอำนาจและแต่งตั้งให้

อายุ สัญชาติ เชื้อชาติ โทรศัพท์

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ออกให้ ณ

เมื่อวันที่ หมคอายุ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail)

มีอำนาจกระทำการแทนข้าพเจ้าในกิจการดังนี้

ข้อ 1 ให้เป็นผู้ยื่นแบบคำขอตรวจประเมินรับรองระบบคุณภาพการผลิตเครื่องมือแพทย์ การขอต่ออายุ การตรวจติดตาม หรือเพิ่มขอบข่ายการรับรองระบบ ฯ หรือการขอรับใบแทนหนังสือรับรองมาตรฐานวิธีการที่ดีในการผลิตเครื่องมือแพทย์ หรือการขอแก้ไข เปลี่ยนแปลงรายการในหนังสือรับรองมาตรฐานวิธีการที่ดีในการผลิตเครื่องมือแพทย์ หรือการขอเข้าใช้งานขอรับรองระบบคุณภาพ การผลิตเครื่องมือแพทย์ผ่านระบบ e-submission ต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ข้อ 2 ให้มีอำนาจในการลงนาม ให้คำรับรองถ้อยคำต่อเจ้าหน้าที่ แก่ใจเอกสาร เพิ่มเติมเอกสาร รับเอกสารคืน ตลอดจน ดำเนินการอื่นใดที่จำเป็นเกี่ยวกับการตรวจรับรองระบบคุณภาพการผลิตเครื่องมือแพทย์ดังกล่าวจนเสร็จการ

ข้อ 3 การมอบอำนาจดังกล่าวนี้ให้ใช้ได้ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.
ใช้ได้ตลอดไปจนกว่าจะมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง

กิจการใดที่ (ระบุชื่อผู้รับมอบอำนาจ) ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตาม
ขอบเขตแห่งหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบโดยเสมือนว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้กระทำด้วยตัวเองทั้งสิ้นเพื่อเป็นหลักฐาน
ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ประทับตรา
บริษัท (ถ้ามี)

หมายเหตุ : ผู้มอบอำนาจลงชื่อผูกพันบริษัทต้องลงชื่อมอบอำนาจครบตามจำนวนที่ระบุผู้มอบอำนาจลงชื่อผูกพันในหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัทฯ