**□ PML □ PMD □ PMLP □ PMP รหัสพนักงาน**

**ใบขออนุมัติเปิดบัญชีลูกค้าใหม่**

วันที่ / / **รหัสลูกค้า CD -**

|  |
| --- |
| **รายละเอียดลูกค้า** |

□ เขตกรุงเทพฯ □ เขตต่างจังหวัด  **เลขประจำตัวผู้เสียภาษี(ลูกค้า**)

 ชื่อ (สำหรับเปิดหน้าบิล) (**อ้างอิง** **บริษัท** **ทีม** )

ที่อยู่ (สำหรับเปิดหน้าบิล)

บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ / มือถือ FAX Email Add

1. สถานที่ส่งของ (กรณีแตกต่างจากหน้าบิล)

บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ FAX

1. สถานที่ติดต่อเก็บเงิน และวางบิล (กรณีแตกต่างจากหน้าบิล)

บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ FAX

วันที่รับวางบิล ตั้งแต่เวลา ถึงเวลา

วันที่เก็บเงิน ตั้งแต่เวลา ถึงเวลา

1. ประเภทธุรกิจ □ บุคลธรรมดา □ นิติบุคล □ อื่นๆ
2. กรรมสิทธิ์ในสถานประกอบการ □ เช่า □ เช่าซื้อ □ เจ้าของ
3. เอกสารที่ต้องแนบ □ สำเนาจดทะเบียนพาณิชย์ □ สำเนาใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

(อย่างน้อย 3 ข้อ) □ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน □ สำเนาใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ

□ สำเนาทะเบียนบ้าน □ ข.ย.4

1. ชื่อ / สกุล (เจ้าของกิจการ) โทรศัพท์
2. ผู้ติดต่อ / สั่งซื้อ

**แผนที่แสดงสถานที่ตั้งลูกค้าโดยสังเขป**

(กรุณาเขียนด้วยหมึกเข้ม)

|  |
| --- |
|  |

1. ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเลขที่
2. ใบอนุญาตขายยาที่
3. เงื่อนไขการชำระเงิน
	1. **สำหรับลูกค้าภาคร้านค้า** □ **อื่นๆ โปรดระบุ**.......................................................................

**(กรณีเปิดขายบิลแรก Credit ไม่เหมือนกับบิลถัดไปโปรดระบุ Credit บิลแรกในช่องนี้ค่ะ**...........................................................**)**

□ Credit 0D จ่ายเงินสด ไม่มีส่วนลด □ Credit 0D. จ่ายเงินสด มีส่วนลดการค้า 3%

□ Credit 30D จ่ายเงินภายใน 30 วัน ไม่มีส่วนลด □ Credit 30D. จ่ายเงินภายใน 30 วัน มีส่วนลดการค้า 3%

□ Credit 30D..จ่ายเงินภายใน 30 วัน มีส่วนลดเงินสด 3% □ Credit 60D จ่ายเงินภายใน 60 วัน ไม่มีส่วนลด

□ Credit 60D. 30 วันวางบิล ครบ 60 วันเก็บเงิน □ Credit 90D จ่ายเงินภายใน 90 วัน ไม่มีส่วนลด

**10.2 สำหรับลูกค้าภาคโรงพยาบาล**

ประเภทลูกค้า □ รพ.รัฐบาล □ รพ.เอกชน □ คลินิก □ อื่นๆโปรดระบุ.............................................

□ Credit 0D จ่ายเงินสด ไม่มีส่วนลด

□ Credit 30D จ่ายเงินภายใน 30 วัน ไม่มีส่วนลด □ Credit 30D.. จ่ายเงินภายใน 30 วัน มีส่วนลดเงินสด 3%

□ Credit 60D จ่ายเงินภายใน 60 วัน ไม่มีส่วนลด □ Credit 60D. จ่ายเงินภายใน 30 วัน มีส่วนลดเงินสด 3%

□ Credit 90D เก็บเงินภายใน 90 วัน ไม่มีส่วนลด □ Credit 90D. จ่ายเงินภายใน 60 วัน มีส่วนลดเงินสด

1. ประเภทลูกค้าย่อย

□ รพ.ศูนย์ □ เอกชน ประเภททั่วไป □ ร้านขายยาเขตกรุงเทพและปริมณฑล

□ รพท. □ เอกชน เฉพาะโรค □ ร้านขายยาเขตต่างจังหวัด

□ รพช □ คลินิก □ อื่น ๆ ……………………………….

□ สาธารณสุข,เทศบาล □ ทันตกรรม

1. ประเภทลูกค้าย่อยสุด

□ 30-120 เตียง □ ร้านขายยาทั่วไป

□ 121-250 เตียง □ ร้านขายยาที่มีเภสัชเป็นเจ้าของ

□ 251-500 เตียง □ Chain Stores (1-30 สาขา)

□ มากกว่า500 เตียง □ Chain Stores (31-50 สาขา)

□ คลีนิคทั่วไป □ Chain Stores (มากกว่า50 สาขา)

□ คลีนิคเฉพาะทาง □ ยี่ปั๊ว

□ คลีนิคเสริมความงามและศัลยกรรมตบแต่ง □ เภสัชกร(ภก.)

□ คลินิกรักษาสัตว์ หรือ ของเอกชน □ เภสัชกรหญิง(ภญ.)

□ สัตวบาล หน่วยงานของรัฐบาล □ อื่นๆ………………………………………..

ผู้เสนอขอเปิดบัญชีลูกค้า ยินดีรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นกับบริษัทฯ อันสืบเนื่องจากการให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความจริง

 ลงชื่อ ผู้ขอเปิดบัญชี

 ( )

|  |
| --- |
| **เฉพาะเจ้าหน้าที่บริษัท**  |
| 1. ฝ่ายขายพิจารณาอนุมัติ Credit Limit Baht Credit Term Days

 ข้อมูลพิเศษ . . ลงชื่อ ผู้ควบคุมการขาย ลงชื่อ ผู้จัดการฝ่ายขาย  ( ) ( )1. ฝ่ายการเงินพิจารณาอนุมัติ Credit Limit Baht Credit Term Days

 ข้อมูลพิเศษ . . ลงชื่อ หัวหน้าฝ่ายการเงิน ลงชื่อ ผู้จัดการฝ่ายบัญชีและการเงิน  ( ) ( )ลงชื่อ หัวหน้าฝ่ายออเดอร์ ลงชื่อ ผู้จัดการฝ่ายจัดซื้อและโลจิสติกส์  ( ) ( ) |

***หมายเหตุ : กรุณาส่งมาที่แผนกออเดอร์ทาง Email : order1@pharmaland1982.com,order4@pharmaland1982.com***