

## ใบขอซื้อยาแก้หวัดสูตรผสมที่มีส่วนประกอบของซูโดเอพรีดีน

(ตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ ๑๕๔/๒๕๕๔ ลงวันที่ ๑๑ พฤษภาคม ๒๕๕๔)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ชื่อ) ผู้ดำเนินการ คลินิกเวชกรรม / สถานพยาบาลเอกชนประเภทรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน.....

สถานประกอบการชื่อ.....ที่อยู่เลขที่.....

หมู่บ้าน.....ซอยและแยก.....ถนน.....

ตำบล / แขวง.....อำเภอ / เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอส่งซื้อยาแก้หวัดสูตรผสมที่มีส่วนประกอบของซูโดเอพรีดีน 60 มิลลิกรัม + บรอมเฟนิรามีน มาลีเอท

4 มิลลิกรัม ดังต่อไปนี้ :-

1. Pharfed Tabs, pack 1000's จำนวน.....ขวด (เป็นจำนวนยา.....เม็ด)

2. Pharfed Tabs, pack 50x10's จำนวน.....กล่อง (เป็นจำนวนยา.....เม็ด)

ในการนี้ข้าพเจ้าฯ รับทราบว่า ผู้รับอนุญาตผลิตยา นำเข้าฯ ยา ต้องจำกัดปริมาณการจำหน่ายยาฯ ให้กับคลินิก-  
เวชกรรม และสถานพยาบาลเอกชนประเภทรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ของยาสูตรผสมข้างต้นได้ไม่เกิน 5,000 เม็ด ต่อแห่ง-  
ต่อเดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุในใบขอซื้อนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงนาม.....เภสัชกรผู้ทำหน้าที่สั่งซื้อยาฯ

(.....)

วันที่.....

ลงนาม.....ผู้ดำเนินการคลินิกเวชกรรม /

(.....) สถานพยาบาลเอกชนประเภท-

รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

วันที่.....

(หมายเหตุ : ในการนี้ข้าพเจ้าฯ ได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของข้าพเจ้ามาพร้อมด้วยแล้วทั้ง 2 คน,

และได้แนบบใบอนุญาตดำเนินกิจการสถานพยาบาล ฉบับที่เป็นปัจจุบันมาพร้อมด้วย)