**แบบฟอร์มเสนอเวชสำอางเข้าบัญชีโรงพยาบาล สถาบันโรคผิวหนัง**

**เรียน คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด**

ข้าพเจ้า นายแพทย์ / แพทย์หญิง\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

และ นายแพทย์ / แพทย์หญิง\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

หรือในนามตัวแทนบริษัท\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ขอเสนอเวชสำอางเข้าไว้ในบัญชียาโรงพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ชื่อผลิตภัณฑ์ (Trade name)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. เลขที่ใบรับแจ้ง/เลขที่ผลิตภัณฑ์ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_วันหมดอายุ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. บริษัทผู้ผลิต\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ผู้แทนจำหน่าย( Distributor)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. รูปแบบผลิตภัณฑ์ (Dosage form)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. ขนาดบรรจุ / หน่วย \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. ราคา (ก่อนVAT ไม่มีเศษสตางค์)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_บาท ราคา (รวมVAT)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_บาท

รายการส่วนแถม\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ข้อดี จุดเด่น ข้อบ่งใช้ของผลิตภัณฑ์ที่เสนอเข้า\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. เวชสำอางอื่นๆที่เสนอตัดออกจากบัญชียาโรงพยาบาล (พร้อมเหตุผล)

🞎 ไม่มีเวชสำอางที่เสนอตัดออก

🞎 เสนอตัด\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ผู้เสนอยาขอยืนยันว่า

🞎 ผู้เสนอไม่มีส่วนได้ส่วนเสียทางตรงในธุรกิจนำเข้า ผลิต หรือจำหน่ายยาที่นำเสนอ

🞎 ผู้เสนอไม่มีส่วนได้ส่วนเสียทางอ้อมในธุรกิจนำเข้า ผลิต หรือจำหน่ายยาที่นำเสนอ

🞎 ผู้เสนออาจมีส่วนได้ส่วนเสียทางอ้อมในธุรกิจนำเข้า ผลิต หรือจำหน่ายยาที่นำเสนอ คือ

การวิจัยในฐานะ ( ) ผู้วิจัย ( ) ผู้ช่วยนักวิจัย ( ) อื่นๆ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ได้รับการสนับสนุน\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ จาก \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ติดต่อผู้แทนยา\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_โทรศัพท์\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMAIL : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_หรือ LINE ID \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ผู้เสนอ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ผู้เสนอ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

หมายเหตุ : โปรดแนบเอกสาร ใบรับจดแจ้งผลิตภัณฑ์ เอกสารการผลิต/นำเข้า ภาพถ่ายสีของผลิตภัณฑ์

บริษัทที่เสนอยายินดีนํายาตัวอย่างมาไว้ที่ห้องยาตามปริมาณยา และ/หรือ ปริมาณที่ได้ตกลงไว้

ส่งเอกสารที่ กลุ่มงานเภสัชกรรม โทรศัพท์ 095-207-2845