

เลขรับที่.....
วันที่.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ

คำขอชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า(ผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล)

- (บุคคลธรรมดา) ชื่อ.....เลขบัตรประชาชน.....
- (นิติบุคคล) ชื่อ.....โดย(ผู้มีอำนาจลงนาม)
 - 1. ชื่อ-สกุล.....เลขบัตรประชาชน.....
 - 2. ชื่อ-สกุล.....เลขบัตรประชาชน.....

สถานพยาบาล (คลินิก) ชื่อ.....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการ คลินิกตั้งอยู่เลขที่.....

ซอย/ตรอก.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....

ปัจจุบัน มีผู้ดำเนินการคลินิกชื่อ.....

2. ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอชำระค่าธรรมเนียมประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี.....จำนวน 500 บาท และเงินเพิ่ม จำนวน.....บาท (กรณีมาชำระภายหลังวันที่ 31 ธันวาคม.....ต้องชำระเพิ่มเติมเดือนละ 25 บาท)

3. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสาร หลักฐานมาพร้อมนี้ คือ

- 3.1 สมุดทะเบียนสถานพยาบาล (กรณีมีหรือยังไม่ได้รับสมุดทะเบียน กรุณาแนบสำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล สพ.7)
- 3.2 รายงานประจำปีสำหรับสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (สปพ.23)
- 3.3 ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลฉบับจริง สพ.7 (กรณีใบอนุญาตสิ้นอายุตามที่ระบุไว้ในใบอนุญาต)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการฯ
(.....)

(ลายมือชื่อ).....ผู้แทน
(.....)

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่บันทึก
ใบสำคัญรับเงิน เล่มที่.....เลขที่.....
จำนวนเงิน.....บาท วันที่...../...../.....
ลงชื่อ จนท.ผู้มอบ สพ.12/ลงรายการในใบเสร็จรับเงิน
.....