

## ใบสั่งซื้อสารมาตรฐาน

สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 029510000 ต่อ 99102, 99103		ผู้ซื้อ (ชื่อหน่วยงาน)..... .....					
ชนิดสารมาตรฐาน (DMScRS/DMScRM/ARS)	ชื่อสารมาตรฐาน	Control No.	Next Retest Date (ปี-เดือน-วัน)	Barcode	จำนวน (ขวด)	ราคา (บาท)	
1							
2							
3							
4							
5							
รวม							
<b>วิธีชำระเงิน</b> <input type="checkbox"/> ชำระที่ศูนย์รวมบริการ (ได้รับใบเสร็จที่ออกโดยกรมฯ) <input type="checkbox"/> ชำระผ่านธนาคาร (ใช้ bill payment แทนใบเสร็จ) <input type="checkbox"/> ชำระผ่าน Krungthai NEXT (ไม่มีการออกใบเสร็จ)			<b>วิธีรับสินค้า</b> <input type="checkbox"/> รับด้วยตนเอง <input type="checkbox"/> รับโดยบริษัทขนส่ง (ผู้ซื้อติดต่อเอง) ที่อยู่ในการเข้ารับสินค้า (โทร 0937602514) อาคาร 2 ชั้น 3 ศูนย์สารมาตรฐานยาและวัตถุเสพติด สำนักยาและวัตถุเสพติด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 88/7 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000				
<b>ใบเสนอราคา (ใช้เวลา 2-3 วันทำการ)</b> <input type="checkbox"/> ต้องการ <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ							
กรุณากรอกข้อมูลส่วนนี้สำหรับผู้ซื้อสารมาตรฐานประเภทวัตถุออกฤทธิ์ หรือยาเสพติดให้โทษ							
1. วัตถุประสงค์ในการใช้สารมาตรฐานประเภทวัตถุออกฤทธิ์ หรือยาเสพติดให้โทษเพื่อ.....							
2. หลักฐานที่นำมาแสดงได้แก่ <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตครอบครอง/ผลิต ยาเสพติดให้โทษประเภท ..... <input type="checkbox"/> สำเนาใบอนุญาตครอบครอง/ผลิต/นำเข้า/ขาย/ส่งออก วัตถุออกฤทธิ์ประเภท.....							
ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินดีชำระค่าธรรมเนียม เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....) และขอรับข้อตกลงในการสั่งซื้อดังต่อไปนี้							
- สารมาตรฐานที่ได้ซื้อไปแล้วจะ <b>ไม่มีการเปลี่ยนหรือคืน</b>							
- ใบ Certificate of Analysis (COA) ของสารมาตรฐานจะ <b>ไม่มีการออกซ้ำให้อีก ไม่ว่ากรณีใดๆ</b>							
- ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบ Next Retest Date เรียบร้อยแล้ว และ <b>ยอมรับอายุของสารมาตรฐานก่อนสั่งซื้อ</b>							
- สารมาตรฐานกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จะรับรองค่ากำหนด (assign value) หลังเปิดใช้ทันที ไม่ครอบคลุมสารมาตรฐานที่มีการเปิดใช้งานแล้ว หรือใช้ซ้ำ หรือเมื่อบรรจุภัณฑ์อยู่ในสภาพไม่สมบูรณ์ เช่น มีรอยแตกร้าว							
- สารมาตรฐานกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จะรับรองเฉพาะผู้รับ/ผู้ซื้อรายแรกเท่านั้น ไม่ครอบคลุมการส่งมอบหรือการขายลำดับถัดไป							
ขอแสดงความนับถือ							
ลงชื่อ.....ผู้ซื้อ (.....)							
<b>หมายเหตุ</b>	กรุณาอ่านแบบฟอร์มให้ละเอียด และกรอกข้อมูลให้ครบถ้วน รายละเอียดและเอกสารที่ใช้ในการสั่งซื้อสามารถ download ได้ที่ <a href="https://bdn.go.th/th/sDetail/11/63/">https://bdn.go.th/th/sDetail/11/63/</a> หน้การสั่งซื้อสารมาตรฐาน สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ jarubol.c@dmsc.mail.go.th, pannaros.c@dmsc.mail.go.th หรือ โทร 0937602514						

วันที่.....

F 2204003, Rev.2