

เลขรับคำขอคืนเงิน สธ. 1020/.....

วันที่ .....

เรียน เลขาธิการกรม (ผ่านกลุ่มบริหารการคลัง)

กลุ่มบริหารการคลัง  
เลขที่รับ.....  
วันที่ .....

แบบฟอร์มคำร้องขอคืนเงิน (คืนเงินหลังจากวันที่ชำระเงิน)

รายได้จากการดำเนินงาน ออ.  รายได้แผ่นดิน

ส่วนที่ 1 : สำหรับผู้ประกอบการ

1. ข้อมูลผู้ทำรายการชำระ (ผู้ที่ใช้บัตรประชาชน/ผู้เข้าใช้ระบบ)

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล) ..... เลขประจำตัวประชาชน .....

e-mail ..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ .....

2. ข้อมูลผู้รับอนุญาต (ชื่อตามใบสั่งชำระ)

ชื่อหน่วยงาน/บุคคล ..... เลขประจำผู้เสียภาษี .....

ที่อยู่ .....

e-mail ..... เบอร์โทรศัพท์มือถือ .....

3. ข้อมูลใบสั่งชำระ เลขที่ ..... ของผลิตภัณฑ์ (โปรดระบุ)

เลขที่รับคำขอ/รหัสดำเนินการ .....

รหัส Ref 1 : ..... รหัส Ref 2 : .....

วันที่ชำระเงิน : ..... จำนวนเงินทั้งหมดที่ชำระ : .....บาท

ชำระเงินด้วย  เงินสด  บัตรเดบิต/บัตรเครดิต  แคนเซียร์เช็ค  Internet & Mobile Banking App  เงินฝากธนาคาร

หมายเหตุ : กรณี **คำขอใหม่** ให้ระบุเลขที่รับคำขอ, กรณี **คำขอเดิม** ให้ระบุเลขที่ ออ.

4. ข้อมูลใบเสร็จรับเงิน เลขที่ .....

5. มูลเหตุที่ขอคืนเงิน  ชำระซ้ำ  ชำระผิดกระบวนงาน  อื่นๆ .....

โปรดอธิบายรายละเอียดสาเหตุการคืนเงินทุกกรณี .....

โอนเงินเข้าบัญชีตามชื่อที่ระบุในข้อ 2 ผ่านธนาคาร .....

ชื่อบัญชี ..... เลขที่บัญชี ..... (พร้อมแนบบแบบคำขอรับเงินผ่านธนาคาร)

หมายเหตุ : ทั้งนี้ หากมีค่าธรรมเนียมธนาคาร ยินยอมให้หักค่าธรรมเนียมจากเงินที่ขอคืน

6. เอกสารประกอบการคืนคำขอคืนเงิน

ใบเสร็จรับเงินฉบับจริง/Slip Pay-in สำเนาหน้าบัญชีธนาคารที่รับรองสำเนา ใบสั่งชำระ(แล้วแต่กรณี)

หนังสือมอบอำนาจขอคืนเงิน สำเนาบัตรประชาชนผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ สำเนาคำขอ (ถ้ามี)

ใบนדרับฟังผลการพิจารณา สำเนาหนังสือรับรอง/ใบทะเบียนพาณิชย์ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

หมายเหตุ : กรณีที่ชำระเงินซ้ำ ให้แนบบสำเนาใบเสร็จรับเงินฉบับจริงที่ใช้ยื่นด้วย

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แสดงข้างต้นนี้เป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ขอคืนเงิน

(.....)

ลงวันที่ ...../...../.....

ส่วนที่ 2 : สำหรับเจ้าหน้าที่ (กองผลิตภัณฑ์สุขภาพนวัตกรรมการบริการ : OSSC) ลงบันทึกข้อมูลแทนกองผลิตภัณฑ์

เจ้าหน้าที่กองผลิตภัณฑ์ฯ ผู้พิจารณาให้ความเห็นคือ เจ้าหน้าที่ชื่อ..... ตำแหน่ง.....

สังกัด..... เมื่อวันที่..... มีความเห็นว่า  เห็นควรคืนเงิน  ไม่เห็นควรคืนเงิน

จำนวน..... บาท ให้กับ.....

เนื่องจาก.....

## แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เรียน เลขาธิการกรม (ผ่านหัวหน้ากลุ่มบริหารการคลัง)

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวประชาชน 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

สำนัก/กอง/ศูนย์.....สังกัดกรม.....กระทรวง.....

อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์.....

ขอรับเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online โดยได้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีฝากธนาคาร มาเพื่อเป็นหลักฐาน  
ด้วยแล้ว

- กรณีเป็นข้าราชการ ลูกจ้าง พนักงานราชการ ที่สังกัดส่วนราชการผู้จ่าย
  - เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารที่ใช้สำหรับรับเงินเดือน ค่าจ้าง หรือค่าตอบแทน  
บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
  - ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
  - เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารอื่น (ตามที่หัวหน้าส่วนราชการผู้เบิกอนุญาต)  
บัญชีเงินฝากธนาคาร.....สาขา.....
  - ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
- กรณีเป็นบุคคลภายนอก เพื่อเข้าบัญชีเงินฝากธนาคาร.....
- สาขา.....ประเภท.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....

และเมื่อ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online แล้ว ให้ส่งข้อมูลการโอน  
เงินผ่านช่องทาง

- ข้อความแจ้งเตือนผ่านโทรศัพท์มือถือ (SMS) ที่เบอร์โทรศัพท์.....
- จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตาม e-mail address.....

ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน  
(.....)

หมายเหตุ : เลขที่ของแบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online ให้ระบุหมายเลข  
กำกับเรียงกันไปทุกฉบับ เพื่อประโยชน์ในการจัดทำทะเบียนคุมการโอนเงิน

# หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... (ชื่อบุคคลธรรมดา หรือ ชื่อนิติบุคคล)  
กรณีนิติบุคคล โดย..... กรรมการที่มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล  
ปรากฏตามหนังสือรับรองการจดทะเบียนพาณิชย์และหรือทะเบียนการค้า หรือหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล  
ของกระทรวงพาณิชย์ เลขที่..... ลงวันที่.....  
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน.....  
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....  
เบอร์โทรศัพท์.....

ขอมอบอำนาจให้.....  
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน.....  
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....  
เบอร์โทรศัพท์..... เป็นผู้กระทำการแทนข้าพเจ้าในเรื่องการติดต่อ ยื่นคำร้องขอคืนเงินรายได้  
จากการดำเนินงาน หรือรายได้แผ่นดิน กับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตลอดจนดำเนินการแก้ไข ตัดทอน  
เอกสาร และการกระทำอื่นใดที่เกี่ยวข้องจนเสร็จการ

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำภายใต้ขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบและมีผลผูกพัน  
ข้าพเจ้าทุกประการ หนังสือมอบอำนาจฉบับนี้เป็นการมอบอำนาจให้ดำเนินการตามที่ระบุไว้ข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ.....พยาน  
(.....) ตัวบรรจง

## หมายเหตุ โปรดแนบหลักฐาน ดังนี้

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ
2. สำเนาใบทะเบียนพาณิชย์และหรือทะเบียนการค้า (กรณีเป็นบุคคลธรรมดา)
3. สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล ฉบับล่าสุด (กรณีเป็นนิติบุคคล)
4. ตีอากรแสตมป์ 10 บาท