



*** กรุณารอกเอกสารและลงนามลูกค้าผู้มีอำนาจ รบกวนแฟกซ์กลับเบอร์ 02-4113400

*** เป็นข้อมูลที่จำเป็นต้องกรอก**
แบบข้อมูลประกอบการเปิดบัญชี

*วันที่.....ประเภทลูกค้า.....
 *ชื่อลูกค้า.....*ชื่อสถานบริการ.....
 *ชื่อผู้มีอำนาจลงนาม.....วงเงินสินเชื่อ.....
 *สถานที่ตั้ง.....
*เบอร์โทร.....
 *สถานที่จัดส่ง.....
*เบอร์โทร.....
 *วันและเวลาที่สะดวกในการจัดส่ง.....
 วันและเวลา วางบิล.....เก็บเงิน.....

เอกสารประกอบ

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ทะเบียนพาณิชย์ | <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตสถานพยาบาล |
| <input type="checkbox"/> หนังสือรับรองนิติบุคคล | <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน |
| <input type="checkbox"/> ภพ.20 | <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตขายยาเสพติดฯ |
| <input type="checkbox"/> บัตรประชาชนผู้มีอำนาจ | <input type="checkbox"/> ใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ |

ผู้ขอเปิดบัญชี ศึกษาระเบียบการจัดจำหน่ายเป็นที่เข้าใจ และยินดีปฏิบัติตามเงื่อนไขที่แจ้งไว้ทุกประการ

*ลงชื่อ.....
 (.....)
 ลูกค้าผู้มีอำนาจ

ลงชื่อ.....
 (.....)
 พนักงานขาย

ลงชื่อ.....
 (.....)
 SUPERVISOR

ลงชื่อ.....
 (.....)
 ผู้จัดการ

รหัสลูกค้า.....

รหัสพนักงานขาย.....

*แผนที่ตั้ง (ที่จัดส่ง)