**บริษัท ฟาร์มาดิกา จำกัด FM-SA-01 REV.0 (09/11/2564)**

 **รหัสพนักงาน**

**แบบฟอร์มขออนุมัติเปิดบัญชีลูกค้าใหม่**

วันที่ / / **รหัสลูกค้า CD -**

|  |
| --- |
| **รายละเอียดลูกค้า** |

□ เขตกรุงเทพฯ □ เขตต่างจังหวัด  **เลขประจำตัวผู้เสียภาษี(ลูกค้า**)

 ชื่อ (สำหรับเปิดหน้าบิล) (**อ้างอิง** **บริษัท** **ทีม** )

ที่อยู่ (สำหรับเปิดหน้าบิล)

บ้านเลขที่ ซอย ถนน แขวง/ตำบล

เขต/อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ / มือถือ แฟกซ์ อีเมล

1. สถานที่ส่งของ (กรณีแตกต่างจากหน้าบิล)

บ้านเลขที่ ซอย ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ แฟกซ์

1. สถานที่ติดต่อเก็บเงิน และวางบิล (กรณีแตกต่างจากหน้าบิล)

บ้านเลขที่ ซอย ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ แฟกซ์

วันที่รับวางบิล ตั้งแต่เวลา ถึงเวลา

วันที่เก็บเงิน ตั้งแต่เวลา ถึงเวลา

1. ประเภทธุรกิจ □ บุคคลธรรมดา □ นิติบุคคล □ อื่นๆ
2. กรรมสิทธิ์ในสถานประกอบการ □ เช่า □ เช่าซื้อ □ เจ้าของ
3. เอกสารที่ต้องแนบ □ สำเนาจดทะเบียนพาณิชย์ □ สำเนาใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล

(อย่างน้อย 3 ข้อ) □ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน □ สำเนาใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ

□ สำเนาทะเบียนบ้าน □ ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

1. ชื่อ / สกุล (เจ้าของกิจการ) โทรศัพท์
2. ผู้ติดต่อ / สั่งซื้อ

**แผนที่แสดงสถานที่ตั้งลูกค้าโดยสังเขป** (กรุณาเขียนด้วยหมึกเข้ม)

|  |
| --- |
|  |

1. ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเลขที่
2. ใบอนุญาตขายยาที่
3. เงื่อนไขการชำระเงิน **ลูกค้าภาคโรงพยาบาล** (โปรดระบุ)

ประเภทลูกค้า □ รพ.รัฐบาล □ รพ.เอกชน □ คลินิก □ อื่นๆโปรดระบุ.............................................

**10.1 สำหรับลูกค้า กทม.**

□ Credit 0D จ่ายเงินสด ไม่มีส่วนลด

□ Credit 0D จ่ายเงินสด มีส่วนลดการค้า 3% (หน้าบิล)

□ Credit 30D จ่ายเงินภายใน 30 วัน มีส่วนลดการค้า 3% (หน้าบิล)

□ Credit 60D จ่ายเงินภายใน 30 วัน มีส่วนลดเงินสด 3%

□ Credit 60D จ่ายเงินภายใน 60 วันไม่มีส่วนลด

**10.2 สำหรับลูกค้า ตจว.**

□ Credit 60D จ่ายเงินภายใน 60 วัน มีส่วนลดการค้า 3% (หน้าบิล)

□ Credit 90D จ่ายเงินภายใน 60 วัน มีส่วนลดเงินสด 3%
□ Credit 90D เก็บเงินภายใน 90 วัน ไม่มีส่วนลด

1. ประเภทลูกค้าย่อย (โปรดระบุ)

□ รพ.ศูนย์ □ สาธารณสุข เทศบาล □ คลินิก

□ รพท. □ เอกชน ประเภททั่วไป □ ทันตกรรม

□ รพช. □ เอกชน เฉพาะโรค □ อื่น ๆ ……………………………….

1. ประเภทลูกค้าย่อยสุด (โปรดระบุ)

□ 30-120 เตียง □ คลินิกเสริมความงามและศัลยกรรมตกแต่ง

□ 121-250 เตียง □ คลินิกรักษาสัตว์ หรือ ของเอกชน

□ 251-500 เตียง □ สัตวบาล หน่วยงานของรัฐบาล

□ มากกว่า500 เตียง □ เภสัชกร(ภก.)

□ คลินิกทั่วไป □ เภสัชกรหญิง(ภญ.)

□ คลินิกเฉพาะทาง □ อื่นๆ………………………………………..

ผู้เสนอขอเปิดบัญชีลูกค้า ยินดีรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นกับบริษัทฯ อันสืบเนื่องจากการให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความจริง

 ลงชื่อ...............................................................ผู้ขอเปิดบัญชี

 ( )

|  |
| --- |
| **เฉพาะเจ้าหน้าที่บริษัทฯ** |
| 1. ฝ่ายขายพิจารณาเสนอ Credit Limit Baht Credit Term Days

 ข้อมูลพิเศษ . .   ลงชื่อ ผู้จัดการฝ่ายขาย  ( )1. แผนกการเงินพิจารณาอนุมัติ Credit Limit Baht Credit Term Days

 ข้อมูลพิเศษ . .   ลงชื่อ แผนกการเงิน  ( ) ลงชื่อ ผู้จัดการฝ่ายจัดซื้อและโลจิสติกส์  ( ) |

**หมายเหตุ : กรุณาส่งมาที่แผนกออเดอร์ทาง Email :** **order1@pharmaland1982.com****,** **order3@pharmaland1982.com**