

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.....

2. สถานที่ติดต่อเก็บเงิน และวางบิล (กรณีแตกต่างจากหน้าบิล).....

บ้านเลขที่..... ซอย..... ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... แฟกซ์.....

วันที่รับวางบิล..... ตั้งแต่เวลา..... ถึงเวลา.....

วันที่เก็บเงิน..... ตั้งแต่เวลา..... ถึงเวลา.....

3. ประเภทธุรกิจ บุคคลธรรมดา นิติบุคคล อื่นๆ4. กรรมสิทธิ์ในสถานประกอบการ เช่า เช่าซื้อ เจ้าของ5. เอกสารที่ต้องแนบ สำเนาจดทะเบียนพาณิชย์ สำเนาใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล(อย่างน้อย 3 ข้อ) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ สำเนาทะเบียนบ้าน ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน

6. ชื่อ / สกุล (เจ้าของกิจการ)..... โทรศัพท์.....

7. ผู้ติดต่อ / ส่งชื่อ.....

แผนที่แสดงสถานที่ตั้งลูกค้าโดยสังเขป (กรุณาเขียนด้วยหมึกเข้ม)

8. ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเลขที่.....

9. ใบอนุญาตขายยาที่.....

10. 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 วัน ไม่มีส่วนลด

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

11. ประเภทลูกค้าย่อย (โปรดระบุ)

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> รพ.ศูนย์ | <input type="checkbox"/> สาธารณสุข เทศบาล | <input type="checkbox"/> คลินิก |
| <input type="checkbox"/> รพท. | <input type="checkbox"/> เอกชน ประเภททั่วไป | <input type="checkbox"/> หัตถกรรม |
| <input type="checkbox"/> รพช. | <input type="checkbox"/> เอกชน เฉพาะโรค | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ |

12. ประเภทลูกค้าย่อยสุด (โปรดระบุ)

- | | |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 30-120 เตียง | <input type="checkbox"/> คลินิกเสริมความงามและศัลยกรรมตกแต่ง |
| <input type="checkbox"/> 121-250 เตียง | <input type="checkbox"/> คลินิกรักษาสัตว์ หรือ ของเอกชน |
| <input type="checkbox"/> 251-500 เตียง | <input type="checkbox"/> สัตวบาล หน่วยงานของรัฐบาล |
| <input type="checkbox"/> มากกว่า500 เตียง | <input type="checkbox"/> เกษัชกร(ภก.) |
| <input type="checkbox"/> คลินิกทั่วไป | <input type="checkbox"/> เกษัชกรหญิง(ภญ.) |
| <input type="checkbox"/> คลินิกเฉพาะทาง | <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |

ผู้เสนอขอเปิดบัญชีลูกค้า ยินดีรับผิดชอบในความเสียหายที่เกิดขึ้นกับบริษัทฯ อันสืบเนื่องจากการให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ขอเปิดบัญชี

()

เฉพาะเจ้าหน้าที่บริษัทฯ

1. ฝ่ายขายพิจารณาเสนอ Credit Limit.....Baht Credit Term.....Days

ข้อมูลพิเศษ.....
.....

ลงชื่อ.....ผู้จัดการฝ่ายขาย
()

2. แผนกการเงินพิจารณาอนุมัติ Credit Limit.....Baht Credit Term.....Days

ข้อมูลพิเศษ.....
.....

ลงชื่อ.....แผนกการเงิน
()

ลงชื่อ.....ผู้จัดการฝ่ายจัดซื้อและโลจิสติกส์
()

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