

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.....

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

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

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

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 (โปรดระบุ)

10.1 สำหรับลูกค้าภาคร้านค้า (โปรดระบุ) อื่นๆ โปรดระบุ.....

(กรณีเปิดขายบิลแรก Credit ไม่เหมือนกับบิลถัดไปโปรดระบุ Credit บิลแรกในช่องนี้ค่ะ.....)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Credit 0D จ่ายเงินสด ไม่มีส่วนลด | <input type="checkbox"/> Credit 0D จ่ายเงินสด มีส่วนลดการค้า 3% |
| <input type="checkbox"/> Credit 30D จ่ายเงินภายใน 30 วัน ไม่มีส่วนลด | <input type="checkbox"/> Credit 30D จ่ายเงินภายใน 30 วัน มีส่วนลดการค้า 3% |
| <input type="checkbox"/> Credit 30D จ่ายเงินภายใน 30 วัน มีส่วนลดเงินสด 3% | <input type="checkbox"/> Credit 60D จ่ายเงินภายใน 60 วัน ไม่มีส่วนลด |
| <input type="checkbox"/> Credit 60D 30 วันวางบิล ครบ 60 วันเก็บเงิน | <input type="checkbox"/> Credit 90D จ่ายเงินภายใน 90 วัน ไม่มีส่วนลด |

10.2 สำหรับลูกค้าภาคโรงพยาบาล (โปรดระบุ)

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

10.2.1 สำหรับลูกค้า กทม.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Credit 0D จ่ายเงินสด ไม่มีส่วนลด | <input type="checkbox"/> Credit 0D จ่ายเงินสด มีส่วนลดการค้า 3% (หน้าบิล) |
| <input type="checkbox"/> Credit 30D จ่ายเงินภายใน 30 วัน มีส่วนลดการค้า 3% (หน้าบิล) | |
| <input type="checkbox"/> Credit 60D จ่ายเงินภายใน 30 วัน มีส่วนลดเงินสด 3% | <input type="checkbox"/> Credit 60D จ่ายเงินภายใน 60 วัน ไม่มีส่วนลด |

10.2.2 สำหรับลูกค้า ตจว.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Credit 60D จ่ายเงินภายใน 60 วัน มีส่วนลดการค้า 3% (หน้าบิล) | |
| <input type="checkbox"/> Credit 90D จ่ายเงินภายใน 60 วัน มีส่วนลดเงินสด 3% | <input type="checkbox"/> Credit 90D เก็บเงินภายใน 90 วัน ไม่มีส่วนลด |

11. ประเภทลูกค้าย่อย (โปรดระบุ)

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

12. ประเภทลูกค้าย่อยสุด (โปรดระบุ)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 30-120 เตียง | <input type="checkbox"/> ร้านขายยาทั่วไป |
| <input type="checkbox"/> 121-250 เตียง | <input type="checkbox"/> ร้านขายยาที่มีเภสัชเป็นเจ้าของ |
| <input type="checkbox"/> 251-500 เตียง | <input type="checkbox"/> Chain Stores (1-30 สาขา) |
| <input type="checkbox"/> มากกว่า500 เตียง | <input type="checkbox"/> Chain Stores (31-50 สาขา) |
| <input type="checkbox"/> คลินิกทั่วไป | <input type="checkbox"/> Chain Stores (มากกว่า50 สาขา) |
| <input type="checkbox"/> คลินิกเฉพาะทาง | <input type="checkbox"/> ยี่ปี่ว |
| <input type="checkbox"/> คลินิกเสริมความงามและศัลยกรรมตกแต่ง | <input type="checkbox"/> เภสัชกร(ภค.) |
| <input type="checkbox"/> คลินิกรักษาสัตว์ หรือ ของเอกชน | <input type="checkbox"/> เภสัชกรหญิง(ภญ.) |
| <input type="checkbox"/> สัตวบาล หน่วยงานของรัฐบาล | <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, order2@pharmaland1982.com,
order3@pharmaland1982.com