

## 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 **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 เดียง     | <input type="checkbox"/> คลินิกเสริมความงามและศัลยกรรมตกแต่ง |
| <input type="checkbox"/> 121-250 เดียง    | <input type="checkbox"/> คลินิกรักษาสัตว์ หรือ ของเอกชน      |
| <input type="checkbox"/> 251-500 เดียง    | <input type="checkbox"/> สัตวบาล หน่วยงานของรัฐบาล           |
| <input type="checkbox"/> มากกว่า500 เดียง | <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](mailto:order1@pharmaland1982.com), [order3@pharmaland1982.com](mailto:order3@pharmaland1982.com)