



ใบอนุญาตนำเข้าเครื่องมือแพทย์

ใบอนุญาตที่

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่

บริษัท ดี อาร์ โซลูชั่นส์ จำกัด

ผู้จดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ใบจดทะเบียนที่ _____ สถาน.
เพื่อแสดงว่าเป็นผู้รับอนุญาตนำเข้าเครื่องมือแพทย์ตามมาตรา ๑๗ แห่งพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์

ณ สถานที่นำเข้าเครื่องมือแพทย์ _____ บริษัท ดี อาร์ โซลูชั่นส์ จำกัด
ตั้งอยู่เลขที่ _____ ชั้น อาคารที่ _____

_____ หมู่ที่ _____
_____ บางเขน _____ อำเภอ/เขต _____ เมืองนนทบุรี
จังหวัด _____ นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____

ใบอนุญาตฉบับนี้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ _____ และให้ใช้เฉพาะสถานที่
ซึ่งระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ออกให้ ณ วันที่ 31 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. _____

(ลายมือชื่อ)

ตำแหน่ง _____