

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เรื่อง ขอแจ้งเลิกกิจการของนิติบุคคล

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบอนุญาต.....

สำหรับ พ.ศ. .... จำนวน.....ชุด

๒. บัญชียาที่เหลือในวันแจ้งเลิกกิจการ ๑ ชุด

๓. หนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลจากกระทรวงพาณิชย์

ด้วยข้าพเจ้า (ชื่อนิติบุคคล).....

โดยมี.....เป็นผู้มีอำนาจปรากฏตามหนังสือรับรอง

การจดทะเบียน ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย (๓) ของสถานที่.....ชื่อ.....

เลขที่.....หมู่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ.....

จังหวัด.....ประสงค์จะเลิกกิจการที่ได้รับอนุญาต ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เป็นต้นไป

ข้าพเจ้า ขอรับรองว่าจะขายยาที่เหลืออยู่ในครอบครองข้าพเจ้าให้กับผู้รับอนุญาตอื่นหรือแก่ผู้ซึ่งท่านเห็นสมควรให้หมดสิ้นภายในเก้าสิบวัน นับแต่วันที่ข้าพเจ้าเลิกกิจการเป็นต้นไป พร้อมกับหนังสือนี้ ข้าพเจ้าขอส่งมอบใบอนุญาตฉบับจริงและบัญชียาที่เหลือในวันที่แจ้งเลิกกิจการมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(ลงชื่อ) .....

(.....)

(ลงชื่อ) .....

(.....)

หมายเหตุ ผู้แจ้งเลิกกิจการต้องเป็นผู้มีอำนาจและทำตามเงื่อนไขตามที่กำหนดในหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล เช่น กรรมการสองคนลงลายมือชื่อและประทับตราบริษัท