

หลักฐานการรับคำขออนุญาต โอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการของสถานพยาบาล

สถานที่ชื่อ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....
เลขรับ..... วันที่รับเอกสาร..... วันที่ลงข้อมูลในระบบ.....

เอกสารครบถ้วนถูกต้องทุกรายการ เมื่อวันที่...../...../.....
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ

เอกสารหลักฐานไม่ครบตามข้อกำหนด หรือ ไม่เป็นไปตามเงื่อนไขในกฎกระทรวง ให้เพิ่มเติมเอกสารหรือ
แก้ไขรายการดังต่อไปนี้
.....
.....
.....
.....
ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต/ผู้รับมอบอำนาจ
วันที่...../...../.....

รายการเอกสาร/หลักฐาน

- | | | | |
|--------------------------|--|---|--------|
| <input type="checkbox"/> | แบบฟอร์ม “คำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๓)” | ๑ | ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> | สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ(ผู้โอน) | | ๑ ฉบับ |
| | ● กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร | | ๑ ชุด |
| <input type="checkbox"/> | สำเนาบัตรประชาชนผู้รับโอน | | ๑ ฉบับ |
| | ● กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร | | ๑ ชุด |
| <input type="checkbox"/> | ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน | | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> | ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(ตัวจริง) | | ๑ ฉบับ |
| <input type="checkbox"/> | สำเนาเอกสารเกี่ยวข้องกับการโอนกรรมสิทธิ์ | | |
| | - สำเนาทะเบียนบ้านคลินิก | | |
| | - สัญญาเช่า หรือ หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่ | | |
| | - สำเนาบัตรประชาชน+สำเนาทะเบียนบ้านผู้ให้เช่าหรือผู้ยินยอม | | |
| | - กรณีผู้ให้เช่าหรือผู้ยินยอมไม่มีชื่อเป็น เจ้าบ้าน ในทะเบียนบ้านของคลินิกให้แนบสำเนาโฉนด | | |
| <input type="checkbox"/> | สมุดทะเบียนสถานพยาบาล | | ๑ เล่ม |
| <input type="checkbox"/> | กรณีให้ผู้ยื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทนครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน เช่น การแก้ไข ตัด ทอน เพิ่มเติมข้อความในเอกสาร และการรับหลักฐานต่างๆ) พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน | | ๑ ชุด |

เลขรับที่

วันที่

ลงชื่อผู้รับคำขอ

คำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้า

๑.๑ ชื่อ

เลขประจำตัว

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 สัญชาติ อายุ ปี

๑.๒ นิตินบุคคล.....

โดย (๑) เลขประจำตัว

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

และ (๒)เลขประจำตัว

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทที่ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เตียง

ลักษณะของสถานพยาบาล

ตามใบอนุญาตที่ ออกให้ ณ วันที่ เดือน พ.ศ.

ณ สถานพยาบาลชื่อ..... ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่

ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

โดยมี เป็นผู้ดำเนินการ

๒. มีความประสงค์ขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลดังกล่าวข้างต้น ให้แก่

๒.๑ ชื่อ

เลขประจำตัว

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 สัญชาติ อายุ ปี

๒.๒ นิตินบุคคล.....

โดย (๑) เลขประจำตัว

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

และ (๒)เลขประจำตัว

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

เป็นนิตินบุคคลประเภท จดทะเบียนเมื่อเลขทะเบียน

๒.๓ มี บ้าน สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก

ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต

จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์

โทรสาร..... ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์.....

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ฉบับ คือ

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล | <input type="checkbox"/> | สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับโอน |
| <input type="checkbox"/> | เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการโอนกรรมสิทธิ์ | <input type="checkbox"/> | สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับโอน |
| <input type="checkbox"/> | สมุดทะเบียนสถานพยาบาล | <input type="checkbox"/> | ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน |
| <input type="checkbox"/> | สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และมีอำนาจลงชื่อแทนนิตินบุคคล (กรณีผู้รับโอนเป็นนิตินบุคคล) | | |

(ลายมือชื่อ) ผู้โอน

(.....)

(ลายมือชื่อ) ผู้รับโอน

(.....)

ข้าพเจ้าผู้รับโอนขอรับรองว่า

1. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ
2. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
3. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
4. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ผู้รับโอน

(.....)

(ลายมือชื่อ) ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(.....)

รับทราบการโอนกิจการ

หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ