

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

- แบบฟอร์ม “คำขอโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.๑๓)” ๑ ฉบับ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับอนุญาตประกอบกิจการ(ผู้โอน) ๑ ฉบับ
 - กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร ๑ ชุด
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับโอน ๑ ฉบับ
 - กรณีนิติบุคคลให้แนบหนังสือรับรองการจดทะเบียนบริษัท ประทับตราสำคัญของบริษัท สำเนาบัตรประชาชนกรรมการผู้มีอำนาจ และเซ็นรับรองสำเนาถูกต้องโดยเจ้าของเอกสาร ๑ ชุด
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับโอน ๑ ฉบับ
- ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน ๑ ฉบับ
- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล(ตัวจริง) ๑ ฉบับ
- สำเนาเอกสารเกี่ยวข้องกับการโอนกรรมสิทธิ์
 - สำเนาทะเบียนบ้านคลินิก
 - สำเนาโฉนด หรือ หลักฐานการเป็นเจ้าของอาคาร
 - สัญญาเช่า หรือ หนังสือยินยอมให้ใช้สถานที่
 - สำเนาบัตรประชาชนผู้ให้เช่าหรือผู้ยินยอม
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ๑ เล่ม
- กรณีให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ติดอากรแสตมป์ ๑๐ บาท สำหรับทำการแทนครั้งเดียว, ๓๐ บาท สำหรับทำการแทนหลายครั้ง มีการระบุสิ่งที่ต้องการให้ดำเนินการแทน เช่น การแก้ไข ตัดทอน 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 เดียง
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 จดทะเบียนเมื่อ เลขทะเบียน

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

- ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล สำเนาบัตรประจำตัวของผู้รับโอน
- เอกสารที่เป็นหลักฐานเกี่ยวข้องกับการโอนกรรมสิทธิ์ สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับโอน
- สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ใบรับรองแพทย์ของผู้รับโอน
- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์ และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิตินบุคคล (กรณีผู้รับโอนเป็นนิตินบุคคล)

(ลายมือชื่อ) ผู้โอน

(.....)

(ลายมือชื่อ) ผู้รับโอน

(.....)

ข้าพเจ้าผู้รับโอนขอรับรองว่า

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

(ลายมือชื่อ) ผู้รับโอน

(.....)

(ลายมือชื่อ) ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(.....)

รับทราบการโอนกิจการ

หมายเหตุ 1. ใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ

2. กรณีมอบอำนาจให้ผู้อื่นดำเนินการแทนต้องมีหนังสือมอบอำนาจติดอากรแสตมป์ พร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้รับมอบอำนาจ และบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจ