แบบฟอร์มรายชื่อผู้ลงนามในสัญญาจะซื้อจะขายโครงการ VMI ปีงบประมาณ 2565

โรงพยาบาล...................................................................จังหวัด....................................................................

โปรดให้ข้อมูล รายชื่อ และส่งกลับองค์การเภสัชกรรมพร้อมตาราง FM 2

รายชื่อ ผู้จะซื้อ ชื่อ........................................................ สกุล.............................................................. ตำแหน่ง............................................................

พยานที่ 1 ชื่อ........................................................ สกุล.............................................................. ตำแหน่ง.............................................................

พยานที่ 2 ชื่อ........................................................ สกุล.............................................................. ตำแหน่ง.............................................................

ลงชื่อ ผู้ให้ข้อมูล...................................................

เบอร์โทร.....................................................