แบบ ส.พ. ๑๔

เลขรับที่ .....
วันที่ .....
ลงชื่อ .....ผู้รับคำขอ

หนังสือแสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล
กรณีผู้รับอนุญาตตาย

เขียนที่ .....
.....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

๑. ข้าพเจ้า

☐ ๑.๑ ชื่อ .....

เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ สัญชาติ ..... อายุ ..... ปี

☐ ๑.๒ นิติบุคคล.....

โดย (๑) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

และ (๒) .....เลขประจำตัว ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

เป็นนิติบุคคลประเภท ..... จดทะเบียนเมื่อ .....เลขทะเบียน .....

๑.๓ มี ☐ บ้าน ☐ สำนักงาน ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ .....ซอย/ตรอก .....

ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์ .....

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

๒. มีความประสงค์ขอประกอบกิจการสถานพยาบาลของ ..... ผู้รับอนุญาตซึ่งตาย ตามใบอนุญาตที่ ..... ออกให้ ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

สถานพยาบาลประเภทที่ ☐ ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ☐ รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ..... เตียง

ลักษณะของสถานพยาบาล.....

ณ สถานพยาบาลชื่อ ..... ตั้งอยู่เลขที่ .....หมู่ที่ .....

ซอย/ตรอก .....ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....

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

พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาด้วย จำนวน ..... ฉบับ คือ

☐ สำเนาบัตรประจำตัว ☐ สมุดทะเบียนสถานพยาบาล ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน

☐ สำเนาใบมรณะบัตรของผู้รับอนุญาต ☐ ใบรับรองแพทย์

☐ ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล ☐ สำเนาเอกสารแสดงกรรมสิทธิ์ในสถานพยาบาล

☐ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียน วัตถุประสงค์และผู้มีอำนาจลงชื่อแทนนิติบุคคล (กรณีเป็นนิติบุคคล)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งชอบด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับ
ความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ

๒. ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา

๓. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

๔. ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(ลายมือชื่อ) ..... ผู้แสดงความจำนง
(.....)