



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
แบบเปรียบเทียบคดีกำหนดค่าปรับ

คดีเปรียบเทียบที่...../.....

ที่ทำการเปรียบเทียบ.....สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

วันที่ 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2561

ชื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้กล่าวหา.....นางอรุษา ศรีจรรยา (ชื่อคนท.)

ชื่อผู้กระทำความผิด (๑).....บริษัท ทีแอนด์ที จำกัด

(๒).....ผู้ดำเนินกิจการ

เหตุเกิดเมื่อวันที่ 7 เดือน กันยายน พ.ศ. 2561 เวลา - น.

ณ สถานที่ บ. ทีแอนด์ที จำกัด เลขที่ 37 หมู่ 10 ถ. ทิวาหนนท์ ต. คลาดขมูล อ. เมืองนนทบุรี

จังหวัด นนทบุรี โทร. 098-999-8888

คดีนี้ ผู้กระทำความผิดได้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๕๘ มาตรา 15 วรรคสี่ กำหนดโทษตามมาตรา 64

ข้อหาฐาน

(๑).....พื่ออายุ ภายหลังใบรับจดแจ้งสินค้าขาย ซึ่งต้องชำระค่าปรับรวมวัน อันควรชำระ

(๒).....

(๓).....

มีบทลงโทษตามมาตรา 64 ต้องระวางโทษปรับ $2 \times 200 \times 500 = 2,000$ บาท

ซึ่งเป็นความผิดที่เปรียบเทียบได้ และผู้กระทำความผิดยินยอมให้เปรียบเทียบ จึงเปรียบเทียบผู้กระทำความผิด เป็นเงิน 2,000 บาท (สองพันบาทถ้วน)

ผู้กระทำความผิดได้ชำระค่าปรับแล้วเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

* ลงชื่อ.....ผู้กระทำความผิด

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจเปรียบเทียบ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

หมายเหตุ - ค่าปรับบุคคลธรรมดา เป็นเงิน

1,000 บาท และปรับนิติบุคคล

เป็นเงิน 1,000 บาท รวมเป็น

2,000 บาท ผู้กระทำความผิด

รับทราบ และยินยอมให้ปรับตามจำนวน

ดังกล่าว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....

บันทึกการชำระเงิน	
ใบเสร็จเล่มที่.....	เลขที่.....
วันที่.....เดือน.....	พ.ศ.....
จำนวนเงิน.....	บาท
ลงชื่อ.....	เจ้าหน้าที่ผู้รับเงิน

กรณีนี้บุคคล

แบบ ป.ป.๒

บันทึกคำให้การผู้กระทำความผิด
(กรณียินยอมเปรียบเทียบ)

คดีเปรียบเทียบที่...../.....

ทำที่.....สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา...

ข้าพเจ้า บริษัท ที แอนด์ ที จำกัด วันที่ 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2561 อายุ - ปี
 สัญชาติ - อยู่บ้านเลขที่ 37 หมู่ 10 ตรอก/ซอย -
 ถนน กิจจานนท์ แขวง/ตำบล ตลาดขงัญ เขต/อำเภอ -
เมืองนนทบุรี จังหวัด นนทบุรี โทร. ๐๙๘-๙๙๙-๘๘๘๘ (โดยมี
 (ชื่อผู้รับมอบอำนาจ) เป็นผู้ได้รับมอบอำนาจจาก (ชื่อบริษัท)
 ตามหนังสือมอบอำนาจ ที่.....ลงวันที่ 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2561)
 เจ้าหน้าที่ได้แจ้งข้าพเจ้าว่า บริษัท ที แอนด์ ที จำกัด เป็น
 ผู้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๕๘

ข้อหาฐาน ต่ออายุภาวนคั่งที่ใบรับจดแจ้งสินค้า ซึ่งต้องชำระค่าปรับรายวัน อันค่น้ำร้อยละบาท
ตามมาตรา 15 วรรคสี่ กักตุนโทษตามมาตรา 64 ซึ่งสำนักงาน

คณะกรรมการอาหารและยา ทำการเปรียบเทียบได้ ข้าพเจ้ารับทราบแล้ว ขอให้การรับสารภาพว่ากระทำ
 ผิดจริง และผู้มีอำนาจเปรียบเทียบคดีพิจารณาแล้ว กำหนดเปรียบเทียบเป็นเงินจำนวน
จำนวนอันที่ค่าชำระ $\leftarrow 2 \text{ วัน} \times 500 = 1,000$ บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

(๑) ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้มีอำนาจเปรียบเทียบคดีทำการเปรียบเทียบ จำนวน
จำนวนอันที่ค่าชำระ $\leftarrow 2 \text{ วัน} \times 500 = 1,000$ บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) โดยจะนำเงินค่าปรับจำนวนนี้มาชำระภายใน
 วันที่ 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2561

(๒) ของกลางที่พนักงานเจ้าหน้าที่ได้เก็บมานั้นข้าพเจ้าขอมอบให้เป็น
 ของ.....กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนตามที่ระบุไว้ในบัญชีของกลางแนบท้าย
 คำให้การฉบับนี้

(๓) ของกลางที่พนักงานเจ้าหน้าที่ได้อายัดไว้ จำนวน.....ข้าพเจ้าขอรับรองว่า
 จะแก้ไขให้ถูกต้องภายในกำหนด.....วัน เมื่อแก้ไขถูกต้องแล้ว ข้าพเจ้าจะมาแจ้งเพื่อขอลอนการอายัดต่อไป

(๔) หากข้าพเจ้าไม่นำเงินจำนวนดังกล่าวตาม (๑) มาชำระภายในเวลาที่กำหนด หรือไม่ปฏิบัติตาม
 ตาม (๓) ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ดำเนินการตามกฎหมายต่อไป

บันทึกนี้ เจ้าหน้าที่ได้อ่านให้ผู้กระทำความผิดฟังแล้ว รับว่าถูกต้อง จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

- * ลงชื่อ.....ผู้กระทำความผิด
- ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจเปรียบเทียบ
- ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
- ลงชื่อ.....พยาน
- ลงชื่อ.....พยาน

หมายเหตุ: ในกรณีนี้บุคคลเป็นผู้กระทำความผิด ใช้แบบ ป.ป. ๒ นี้แยกเป็นสองฉบับ สำหรับนิติบุคคลฉบับหนึ่ง และสำหรับ
 ผู้แทนหรือผู้จัดการอีกฉบับหนึ่ง แต่ให้ลงหมายเลขคดีเพียงหมายเลขเดียว

กรณีนิติบุคคล

แบบ ป.ป.๒

บันทึกคำให้การผู้กระทำความผิด
(กรณียินยอมเปรียบเทียบ)

คดีเปรียบเทียบที่...../.....

ทำที่.....สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา...

วันที่ 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2561

ข้าพเจ้า กรรมการผู้จัดการบริษัท (ชื่อผู้ดำเนินกิจการ) อายุ.....ปี

สัญชาติ ไทย อยู่บ้านเลขที่ 37 หมู่ 10 ตรอก/ซอย.....

ถนน ทวานนท์ แขวง/ตำบล ทดลขัวลุม เขต/อำเภอ

เมืองนนทบุรี จังหวัด นนทบุรี โทร..... (โดยมี

(ชื่อผู้รับมอบอำนาจ) เป็นผู้ได้รับมอบอำนาจจาก (ชื่อกรรมการ)

ตามหนังสือมอบอำนาจ ที่.....ลงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....)

เจ้าหน้าที่ได้แจ้งข้าพเจ้าว่า.....ผู้ดำเนินกิจการ.....เป็น

ผู้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๕๘

ข้อหาฐาน ท่องอาชญาอนันท์ที่ใบรับจดแจ้งสินค้าอาหาร ซึ่งต้องชำระค่าปรับรายวัน จำนวนห้าร้อยบาท
ตามมาตรา 15 วรรคสี่ กำนันตำบลทวมมาตรา 64 ซึ่งสำนักงาน

คณะกรรมการอาหารและยา ทำการเปรียบเทียบได้ ข้าพเจ้ารับทราบแล้ว ขอให้การรับสารภาพว่ากระทำ
ผิดจริง และผู้มีอำนาจเปรียบเทียบคดีพิจารณาแล้ว กำหนดเปรียบเทียบเป็นเงินจำนวน

จำนวนเงินที่ล่าช้า ← 2 x 500 = 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

(๑) ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้มีอำนาจเปรียบเทียบคดีทำการเปรียบเทียบ จำนวน
จำนวนเงินที่ล่าช้า ← 2 x 500 = 1,000 บาท (หนึ่งพันบาทถ้วน) โดยจะนำเงินค่าปรับจำนวนนี้มาชำระภายใน
วันที่ 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2561

(๒) ของกลางที่พนักงานเจ้าหน้าที่ได้เก็บมานั้น ข้าพเจ้าขอมอบให้เป็น
ของ.....กระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนตามที่ระบุไว้ในบัญชีของกลางแนบท้าย
คำให้การฉบับนี้

(๓) ของกลางที่พนักงานเจ้าหน้าที่ได้อายัดไว้ จำนวน.....ข้าพเจ้าขอรับรองว่า
จะแก้ไขให้ถูกต้องภายในกำหนด.....วัน เมื่อแก้ไขถูกต้องแล้ว ข้าพเจ้าจะมาแจ้งเพื่อขอลอนการอายัดต่อไป

(๔) หากข้าพเจ้าไม่นำเงินจำนวนดังกล่าวตาม (๑) มาชำระภายในเวลาที่กำหนด หรือไม่ปฏิบัติ
ตาม (๓) ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ดำเนินการตามกฎหมายต่อไป

บันทึกนี้ เจ้าหน้าที่ได้อ่านให้ผู้กระทำผิดฟังแล้ว รับว่าถูกต้อง จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

- * ลงชื่อ.....ผู้กระทำความผิด
- ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจเปรียบเทียบ
- ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่
- ลงชื่อ.....พยาน
- ลงชื่อ.....พยาน

หมายเหตุ: ในกรณีนิติบุคคลเป็นผู้กระทำความผิด ใช้แบบ ป.ป. ๒ นี้แยกเป็นสองฉบับ สำหรับนิติบุคคลฉบับหนึ่ง และสำหรับ
ผู้แทนหรือผู้จัดการอีกฉบับหนึ่ง แต่ให้ลงหมายเลขคดีเพียงหมายเลขเดียว

กรณีเป็นนิติบุคคล

ติดอากร
๑๐ บาท

หนังสือมอบอำนาจ

ทำที่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
วันที่ 10 กันยายน 2561

ข้าพเจ้า บริษัท ทีแอนด์ที จำกัด อายุ - ปี สัญชาติ - เชื้อชาติ -
(กรณีเป็นนิติบุคคล โดย (ชื่อผู้ดำเนินการ)
อยู่บ้านเลขที่ 37 หมู่ที่ 10 ต.รอก/ชอย - ถนน ต.จวนนท์
ตำบล/แขวง ตลาดข่วง อำเภอ/เขต เมืองนนทบุรี จังหวัด นนทบุรี
โทร. ๐๙๘-๙๙๙-๘๘๘๘ บัตรประจำตัว ประชาชน เลขที่ X-XXXX-XXXXX-XXX
ออกให้ ณ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เมื่อวันที่ 11 มกราคม 2558
ขอมอบอำนาจให้ นางอรุมา จันทร์ทอง อายุ 40 ปี สัญชาติ ไทย เชื้อชาติ ไทย
อยู่บ้านเลขที่ 13 หมู่ที่ 8 ต.รอก/ชอย - ถนน บางศรีเมือง
ตำบล/แขวง ลี้ดงแก้ว อำเภอ/เขต นนทบุรี จังหวัด ลาดกระบัง
โทร. ๐๙๘-XXX-XXXX บัตรประจำตัว ประชาชน เลขที่ X-XXXX-XXXXX-XXX
ออกให้ ณ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2559

ทำการชำระค่าปรับแทนข้าพเจ้าและให้มีอำนาจกระทำการใด ๆ อันเกี่ยวกับการเปรียบเทียบปรับในครั้งนี้ด้วย
การกระทำใด ๆ ที่ นางอรุมา จันทร์ทอง (ผู้รับมอบอำนาจ) กระทำลงอันเกี่ยวกับการ
การเปรียบเทียบปรับให้ถือเสมือนเป็นการกระทำของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(ชื่อผู้ดำเนินการ) (ชื่อผู้ดำเนินการ)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(นางอรุมา จันทร์ทอง)

ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....พยาน
(ชื่อพยาน 1) (ชื่อพยาน 2)

หมายเหตุ พร้อมแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีเป็นนิติบุคคล

(แผนที่แสดงที่ตั้งของ อย. พลิกด้านหลัง) ➔