



สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
แบบเปรียบเทียบคดีกำหนดค่าปรับ

คดีเปรียบเทียบที่...../.....

ที่ทำการเปรียบเทียบ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ชื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้กล่าวหา.....

ชื่อผู้กระทำความผิด (๑).....

(๒).....

เหตุเกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... น.

ณ สถานที่..... เลขที่.....

จังหวัด..... โทร.....

คดีนี้ ผู้กระทำความผิดได้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๕๘

มาตรา.....

ข้อหาฐาน

(๑).....

(๒).....

(๓).....

มีบทลงโทษตามมาตรา..... ต้องระวางโทษปรับ..... บาท

ซึ่งเป็นความผิดที่เปรียบเทียบได้ และผู้กระทำความผิดยินยอมให้เปรียบเทียบ จึงเปรียบเทียบผู้กระทำความผิดเป็นเงิน..... บาท (.....เงิน.....)

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

ลงชื่อ.....ผู้กระทำความผิด

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจเปรียบเทียบ

หมายเหตุ - ค่าปรับบุคคลธรรมดา เป็นเงิน

.....บาท และปรับนิติบุคคล

เป็นเงิน.....บาท รวมเป็น

.....บาท ผู้กระทำความผิด

รับทราบ และยินยอมให้ปรับตามจำนวน

ดังกล่าว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....

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

บันทึกคำให้การผู้กระทำความผิด
(กรณียินยอมเปรียบเทียบ)

คดีเปรียบเทียบที่...../.....

ทำที่.....สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา...

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ.....ปี

สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่..... ตรอก/ซอย.....

ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ

..... จังหวัด..... โทร.-..... (โดยมี

.....เป็นผู้ได้รับมอบอำนาจจาก.....

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

เจ้าหน้าที่ได้แจ้งข้าพเจ้าว่า.....เป็น
ผู้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๕๘

ข้อหาฐาน

.....ซึ่งสำนักงาน

คณะกรรมการอาหารและยา ทำการเปรียบเทียบได้ ข้าพเจ้ารับทราบแล้ว ขอให้การรับสารภาพว่ากระทำ
ผิดจริง และผู้มีอำนาจเปรียบเทียบคดีพิจารณาแล้ว กำหนดเปรียบเทียบเป็นเงินจำนวน

.....บาท (.....) ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

(๑) ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้มีอำนาจเปรียบเทียบคดีทำการเปรียบเทียบ จำนวน
.....บาท (.....) โดยจะนำเงินค่าปรับจำนวนนี้มาชำระภายใน
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

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

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

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

บันทึกนี้ เจ้าหน้าที่ได้อ่านให้ผู้กระทำผิดฟังแล้ว รับว่าถูกต้อง จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้กระทำความผิด

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจเปรียบเทียบ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

หนังสือมอบอำนาจ

ทำที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....
(กรณีเป็นนิติบุคคล โดย.....)

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

โทร..... บัตรประจำตัว..... เลขที่.....

ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่.....

ขอมอบอำนาจให้..... อายุ..... ปี สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

โทร..... บัตรประจำตัว..... เลขที่.....

ออกให้ ณ..... เมื่อวันที่.....

ทำการชำระค่าปรับแทนข้าพเจ้าและให้มีอำนาจกระทำการใด ๆ อันเกี่ยวกับการเปรียบเทียบปรับในครั้งนี้ด้วย

การกระทำใด ๆ ที่..... (ผู้รับมอบอำนาจ) กระทำลงอันเกี่ยวกับการเปรียบเทียบปรับให้ถือเสมือนเป็นการกระทำของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

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

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน ลงชื่อ..... พยาน
(.....) (.....)

หมายเหตุ พร้อมแนบเอกสารดังนี้

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง ของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจ
- สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง กรณีเป็นนิติบุคคล