

หัวกระดาษบริษัท

วันที่

เรียน ผู้อำนวยการสำนักอาหาร

เรื่อง ขอยกเลิกเลขเสมือน

ทางบริษัท.....นิติบุคคลเลขที่.....

ที่ตั้ง.....ใบอนุญาตเลขที่.....

มีความประสงค์ขอยกเลิกเลขเสมือน ดังนี้

1. เลขเสมือน เลขที่.....ชื่ออาหาร.....

เนื่องจาก.....

2. เลขเสมือน เลขที่.....ชื่ออาหาร.....

เนื่องจาก.....

3. เลขเสมือน เลขที่.....ชื่ออาหาร.....

เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณายกเลิกด้วยจะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ..... ผู้มีอำนาจลงนาม
(.....)

เบอร์โทรศัพท์.....E-mail.....

- ลงชื่อยกเลิกโดยผู้มีอำนาจลงนามในบริษัทหรือผู้รับมอบอำนาจแจ้งยกเลิกเท่านั้น (แนบหนังสือมอบอำนาจ) กรณีมีมากกว่า ท่านให้ลงชื่อร่วมทุกท่าน
- ระยะเวลาดำเนินการยกเลิก 7 วันทำการ เวลาทำการ จันทร์ – ศุกร์ 08.30 – 16.30 ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ กรณีมีเหตุขัดข้องอาจมากกว่าเวลาที่กำหนด
- สามารถส่งเอกสารแจ้งยกเลิก ได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักอาหาร ตึก 3 ชั้น 5 ห้อง 518 หรือทางไปรษณีย์ ที่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักอาหาร 88/24 ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000