

แบบ ป.ป.๔



(ชื่อหน่วยงาน)

## แบบเปรียบเทียบคดีกำหนดค่าปรับ

คดีเปรียบเทียบปรับที่...../.....

ที่ทำการเปรียบเทียบปรับ...สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา...

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ผู้กล่าวหา.....

ชื่อผู้กระทำความผิด (๑) .....

(๒) .....

เหตุเกิดเมื่อวันที่ ..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา.....น. ณ สถานที่

เลขที่.....จังหวัด..... โทร .....

คดีนี้ผู้กระทำความผิดได้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติ.....

มาตรา .....ข้อหา (๑) .....

(๒) .....

มีบทลงโทษตามมาตรา..... ต้องระวางโทษปรับ.....ซึ่งเป็นความผิดที่เปรียบเทียบได้และ

ผู้กระทำความผิดยินยอมให้เปรียบเทียบปรับ จึงเปรียบเทียบปรับผู้กระทำความผิด เป็นเงิน.....บาท

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

บันทึกนี้ เจ้าหน้าที่ได้อ่านให้ผู้กระทำความผิดฟังแล้ว รับรองว่าถูกต้อง และได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้กระทำความผิด

ลงชื่อ.....ผู้มีอำนาจเปรียบเทียบคดี

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....พยาน

ลงชื่อ.....พยาน

## บันทึกการชำระเงิน

ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จำนวนเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับเงิน