



**ศูนย์ข้อมูลช่องทาง
จำหน่ายทางอ้อม**

**เอกสารอื่นๆ ที่ต้องพิจารณา**

* คำแนะนำในการปฏิสัมพันธ์กับ HCP และเจ้าหน้าที่รัฐ
* คำแนะนำเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูลและการลงบัญชี

**คำแนะนำ**

1. ตรวจสอบให้แน่ใจว่าพนักงานรับทราบเกี่ยวกับเทมเพลตใบแจ้งหนี้ของ HCP และคำแนะนำของบริษัท
ของคุณในการเก็บรักษาบันทึก
2. จัดเตรียมเทมเพลตใบแจ้งหนี้ของ HCP ให้พนักงานที่รับผิดชอบในการว่าจ้าง/มีปฏิสัมพันธ์กับที่ปรึกษา
บุคลากรทางการแพทย์ และพนักงานที่รับผิดชอบในการอนุมัติ/จ่ายเงินให้ที่ปรึกษาบุคลากร
ทางการแพทย์
3. ที่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ควรกรอกข้อมูลในใบแจ้งหนี้และส่งใบแจ้งหนี้สำหรับการจ่ายเงินพร้อมกับเอกสารสนับสนุนทั้งหมด

**มีประโยชน์กับคุณอย่างไร**

การเก็บบันทึกใบแจ้งหนี้ของ HCP จะช่วยให้แน่ใจว่าปฏิบัติตามนโยบายและขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับ HCP นอกจากนี้ยังช่วยให้มั่นใจว่าการบันทึกข้อมูลและการลงบัญชีของคุณสะท้อนธุรกรรมของบริษัทอย่างถูกต้องและตรงไปตรงมา มีรายละเอียดเหมาะสม และช่วยให้คุณปฏิบัติสอดคล้องตามข้อกำหนดในการรายงาน
ภายในประเทศ/ภูมิภาคของคุณ หากมี

สัญญาการให้คำปรึกษาและการจ่ายเงินที่เกี่ยวข้องจะต้องไม่เป็นการชักจูงอย่างผิดกฎหมายหรือกระตุ้น
ให้เกิดการซื้อ เช่า หรือแนะนำการใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการใดๆ



|  |
| --- |
| **คำอธิบาย**ที่ปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ (HCP) ควรจัดเตรียมใบแจ้งหนี้อย่างละเอียดให้คุณสำหรับบริการที่จัดหาโดย HCP ตามสัญญาที่เป็นลายลักษณ์อักษรกับ HCP เทมเพลตใบแจ้งหนี้ของ HCP อธิบายเอกสารสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับการจ่ายเงินให้ HCP ที่เกี่ยวข้องกับบริการให้คำปรึกษา การจัดการการบรรยาย การฝึกอบรม และ/หรือกิจกรรมการศึกษาอื่นๆ |

**เทมเพลตใบแจ้งหนี้ของ HCP**

*เวอร์ชัน 1.0*

|  |
| --- |
| **เทมเพลตใบแจ้งหนี้ของ HCP** |
| เรียกเก็บเงินไปยัง:                                                                        วันที่:  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **วันที่ให้บริการ** | **คำอธิบายโดยละเอียดของบริการ** | **อัตรารายชั่วโมง** | **ชั่วโมงการทำงานทั้งหมด** | **รวม****(ไม่รวมภาษี)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

ยอดรวมส่วนหนึ่ง: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ภาษี: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

รวมทั้งหมด: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ชื่อ HCP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ลายเซ็นของ HCP*

\*โปรดค้นหาเอกสารสนับสนุน