



หน่วยรับรองการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ”
มูลนิธิส่งเสริมโภชนาการฯ
ใบขอขึ้นทะเบียนสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ”

AP-01

(สำหรับเจ้าหน้าที่)
 เลขรับที่
 ว.ด.ป
 ลงชื่อผู้รับ.....

<p>กลุ่มอาหาร</p> <p><input type="checkbox"/> 01 อาหารมื้อหลัก (MEAL)</p> <p><input type="checkbox"/> 02 เครื่องดื่ม (BEVERAGE)</p> <p><input type="checkbox"/> 03 เครื่องปรุงรส (SEASONING)</p> <p><input type="checkbox"/> 04 ผลิตภัณฑ์นม (DAIRY PRODUCT)</p> <p><input type="checkbox"/> 05 อาหารกึ่งสำเร็จรูป (INSTANT FOOD)</p> <p><input type="checkbox"/> 06 ขนมขบเคี้ยว(SNACK)</p> <p><input type="checkbox"/> 07 ไอศกรีม (ICE CREAM)</p> <p><input type="checkbox"/> 08 ไขมันและน้ำมัน (FAT AND OIL)</p> <p><input type="checkbox"/> 09 ขนมปัง (BREAD)</p> <p><input type="checkbox"/> 10 อาหารธัญพืช (BREAKFAST CEREALS)</p> <p><input type="checkbox"/> 11 ผลิตภัณฑ์ขนมอบ (BAKERY PRODUCTS)</p>	<p>ผลิตภัณฑ์สูตรนี้เคยขอและผ่านการรับรองหรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่เคย</p> <p><input type="checkbox"/> เคย (กรุณาระบุเอกสารยืนยันว่าเป็นสูตรเดียวกัน และระบุเลขทะเบียนฯ ที่ผ่านการรับรอง)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>สำหรับเจ้าหน้าที่</p> <p>เลขทะเบียนฯ สำหรับขนาด</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--	--

ข้อมูลผลิตภัณฑ์ (กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ชื่อผลิตภัณฑ์ (ตามใบ สบ.5, สบ.6, สบ.7 หรือ สบ.8)

.....

เครื่องหมายการค้า เลข อย.

ขนาดบรรจุภัณฑ์ที่ขอใช้สัญลักษณ์ฯ

- ขนาด เลขบาร์โค้ด.....
- ขนาด เลขบาร์โค้ด.....
- ขนาด เลขบาร์โค้ด.....
- ขนาด เลขบาร์โค้ด.....

บริษัท ผู้ผลิต ผู้นำเข้า.....

ที่อยู่บริษัท

บริษัท ผู้ว่าจ้างผลิต ผู้จัดจำหน่าย

ที่อยู่บริษัท

ชื่อ-สกุล ผู้ส่งผลิตภัณฑ์

โทรศัพท์ โทรสาร

- รหัสบริษัท

ตรวจสอบความถูกต้อง

- เอกสาร ครบ ไม่ครบ

- จำนวนขนาดที่ขอ.....ขนาด

วันที่ตรวจสอบ

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ.....

การจัดส่งใบรับรอง

มารับด้วยตนเองที่มูลนิธิส่งเสริมโภชนาการฯ สถาบันโภชนาการ มหิดล ศาลายา

จัดส่งทางไปรษณีย์ (ระบุตัวบรรจง)

- ชื่อผู้รับ

- บริษัท

- ที่อยู่

.....

- โทรศัพท์

เอกสารแนบเพื่อขอรับบริการ

รูปผลิตภัณฑ์ (หน้าและหลัง) ผลวิเคราะห์สารอาหาร (ย้อนหลังไม่เกิน 5 ปี)

ใบจดทะเบียนอาหาร/แจ้งรายละเอียดอาหาร (เอกสาร สบ.5 หรือ สบ.7 หรือ อ.18)

กรณี มีการเปลี่ยนแปลงรายละเอียดผลิตภัณฑ์ต้องแนบเอกสาร สบ.6 หรือ สบ.8 ด้วย

สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบเงินเข้าบัญชี ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง

ตรวจสอบหลักฐานการโอนเงิน ถูกต้อง ไม่ถูกต้อง

วัน/เวลาการโอนเงินเข้าบัญชี

เลขที่ใบเสร็จการโอนเงิน

วันที่ตรวจสอบ

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ

หมายเหตุ ค่าธรรมเนียมในการสมัครเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการและเผื่อสำรองหลังออกตลาด โดยสุ่มตรวจแต่ละผลิตภัณฑ์ทุกๆ 1 ปี ซึ่งครอบคลุมตลอดระยะเวลา 3 ปี ที่ได้รับการอนุมัติรับรองให้ใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ”

เงื่อนไขการสมัครและวิธีการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ”

1. สามารถสมัครได้โดย แจ้งขอ ใบขอขึ้นทะเบียนสัญลักษณ์โภชนาการ”ทางเลือกสุขภาพ” (AP-01) ทาง E-mail : info.thaihealthier@gmail.com หรือ ดาวน์โหลดใบสมัครได้ ทาง www.ทางเลือกสุขภาพ.com
2. กรอกข้อมูลลงในใบสมัครให้ครบถ้วน พร้อมส่งเอกสารแนบเพื่อขอรับบริการ ซึ่งประกอบด้วย รูปผลิตภัณฑ์ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง และผลวิเคราะห์สารอาหารที่ได้จากห้องปฏิบัติการที่ผ่านการรับรองโดย อย. โดยผลวิเคราะห์สารอาหาร สามารถใช้ผลย้อนหลังได้ไม่เกิน 5 ปี นับจากปีที่สมัคร แล้วส่งมาที่ E-mail : info.thaihealthier@gmail.com โดยใช้หัวข้อ “สมัครขึ้นทะเบียนสัญลักษณ์โภชนาการ
3. หน่วยรับรองฯ จะตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารและดำเนินการแจ้งผลรับรอง ภายใน 14 วัน ไม่นับวันเสาร์-อาทิตย์ และวันหยุดราชการ นับจากวันที่ส่งใบสมัครและเอกสารแนบเพื่อขอรับบริการครบถ้วนเท่านั้น
- ****สำหรับผู้สมัครก่อน สิ้นเดือนธันวาคม 2562 ฟรีค่าธรรมเนียมในการสมัคร**** หลังจากนั้นคิดค่าธรรมเนียมการสมัคร ขอใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ราคา 10,000 บาท ต่อ 1 ผลิตภัณฑ์ โดยโอนเงินเข้าบัญชี “ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศาลายา” ชื่อบัญชี “รับรองขึ้นทะเบียนสัญลักษณ์โภชนาการอย่างง่าย” เลขที่บัญชี 316-404421-1 จากนั้นส่งหลักฐานการโอนเงิน สแกนเป็นPDFแล้วส่งเข้า E-mail : info.thaihealthier@gmail.com เพื่อยืนยันการโอนเงิน
4. เมื่อผ่านการรับรองจากหน่วยรับรองการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” สามารถใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” บนหน้าฉลากผลิตภัณฑ์เป็นระยะเวลา 3 ปี นับตั้งแต่วันที่ผ่านการอนุมัติรับรองจากหน่วยรับรองฯ หากการสุ่มตรวจในระหว่าง 3 ปี พบว่าไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ทางหน่วยรับรองฯ จะแจ้งให้บริษัทปรับปรุงภายใน 6 เดือน ถ้าการตรวจซ้ำไม่ผ่านเกณฑ์อีก ใบรับรองการใช้สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ฉบับนี้จะถูกยกเลิกทันที
5. หากบริษัทที่ขอขึ้นทะเบียนสัญลักษณ์โภชนาการ”ทางเลือกสุขภาพ” **ไม่ใช่** บริษัทผู้นำเข้า/ผู้จัดจำหน่าย กรุณาแจ้งเจ้าหน้าที่ เนื่องจากใบรับรองจะออกให้ในนามของบริษัทผู้นำเข้า/ผู้จัดจำหน่าย

สาระสำคัญเพิ่มเติม

- ชี้แจงเลขการขอขึ้นทะเบียนสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ”

