សំណើសុំព័ត៌មាន

ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរ ឬ ចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម
សូមទាក់ទងបុគ្គលិករបស់លោកអ្នក ។

- ឈ្មោះករណី :
  លេខករណី :
  សង្កាត់ :
  បុគ្គលិក :
  ទូរស័ព្ទ :
  កាលបរិច្ឆេទជូនដំណឹង :

ដើម្បីកំណត់ពីភាពទទួលសិទ្ធិបន្តរបស់លោកអ្នកសម្រាប់ផលប្រយោជន៍ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភ យើងត្រូវការ ព័ត៌មានខាងក្រោមពីលោកអ្នកនៅ _____ :

សូម :

☐ ទូរស័ព្ទមកយើងដើម្បីផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មាននេះ

☐ ផ្ញើព័ត៌មាននេះមកឱ្យយើង

ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មាននេះនៅកាលបរិច្ឆេទខាងលើ លោកអ្នកនឹងទទួលសេចក្តីជូនដំណឹង អំពីសកម្មភាពបញ្ឈប់ផលប្រយោជន៍ប័ណ្ណអាហារូបត្ថម្ភរបស់លោកអ្នក ។

បទបញ្ញត្តិ : បទបញ្ញត្តិទាំងនេះអនុវត្ត : MPP 63-300.5

លោកអ្នកអាចពិនិត្យវានៅការិយាល័យសុខមាលភាពរបស់លោកអ្នក