



โลโก้ทั้ง ๒ ฝ่าย

บันทึกข้อตกลงความร่วมมือทางวิชาการ
ระหว่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยคณะเภสัชศาสตร์
และ

บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ ด้าน (การวิจัย/ฝึกอบรม/ฝึกงาน.....) ฉบับนี้จัดทำขึ้น ณ
.....ตั้งอยู่เลขที่ เมื่อวันที่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดย คณะเภสัชศาสตร์ สำนักงานตั้งอยู่ เลขที่ ๒๕๔ ถนนพญาไท แขวง
วังใหม่เขตปทุม จังหวัดกรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐ โดย ศาสตราจารย์ เภสัชกรหญิง ดร.พรอนงค์ อร่ามวิทย์
ตำแหน่งคณบดีคณะเภสัชศาสตร์ ผู้รับมอบอำนาจจากอธิการบดี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามหนังสือมอบ
อำนาจฉบับลงวันที่.....(ปรากฏตามเอกสารแนบท้ายบันทึกข้อตกลง) ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า
“จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยคณะเภสัชศาสตร์” กับอีกฝ่ายหนึ่ง
.....โดย สำนักงานตั้งอยู่ เลขที่

ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “.....” อีกฝ่ายหนึ่ง
ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงร่วมมือกันการวิจัยและพัฒนาโดยมีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ หลักการและเหตุผล

๑.๑.....
.....
.....

ข้อ ๒ วัตถุประสงค์

๒.๑
.....
.....

ข้อ ๓ กรอบและแนวทางการดำเนินงาน

๓.๑
.....
๓.๒
.....

ข้อ ๔ หน้าที่ของทั้งสองฝ่าย

๔.๑ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยคณะเภสัชศาสตร์

๔.๑.๑

.....

๔.๒

๔.๒.๑

.....

ข้อ ๕ การรักษาความลับ

.....

ข้อ ๖ เครื่องมือเครื่องใช้และวัสดุอุปกรณ์

.....

ข้อ ๗ ระยะเวลาของบันทึกข้อตกลง

บันทึกข้อตกลงนี้มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ลงนามในบันทึกข้อตกลง โดยมีระยะเวลาความร่วมมือ ปี
เริ่มตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

ข้อ ๘ การแก้ไขบันทึกข้อตกลง

ทั้งสองฝ่ายมีสิทธิยกเลิกบันทึกข้อตกลงนี้ได้ โดยฝ่ายที่มีความประสงค์จะยกเลิกบันทึกข้อตกลงนี้
จะต้องบอกกล่าวอีกฝ่ายหนึ่งล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษรไม่น้อยกว่า

ข้อ ๙ การบอกกล่าว

บรรดาคำบอกกล่าวหรือการให้ความยินยอมหรือความเห็นชอบใด ๆ ตามบันทึกข้อตกลงนี้ให้ทำเป็น
ลายลักษณ์อักษร และจะถือว่าได้ส่งไปโดยชอบธรรมแล้ว หากได้ส่งมอบแก่ตัวแทนที่ได้รับมอบหมายของแต่ละ
ฝ่าย หรือจัดส่งโดยไปรษณีย์ลงทะเบียนตามที่อยู่ของฝ่ายผู้รับคำบอกกล่าวนั้น ตามที่ปรากฏในบันทึก
ข้อตกลงนี้

ข้อ ๑๐ การสิ้นสุดของบันทึกข้อตกลง

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....
(ศาสตราจารย์ เกษีกรหญิง ดร.พรอนงค์ อร่ามวิทย์)
คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลงชื่อ.....
(.....)
.....

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน

ผู้ประสานงาน

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ชื่อ - สกุล.....
อาจารย์ผู้ประสานงาน.....
เบอร์โทรศัพท์
e - mail

.....
ชื่อ - สกุล
ตำแหน่ง.....
เบอร์โทรศัพท์
e - mail