



แบบแจ้ง

แบบ ขต. ๐๒/๑ (สำหรับผู้นำเข้า)

เลขที่รับ.....	ผู้รับแจ้ง.....
ลงชื่อ.....	(.....)
ตำแหน่ง.....	วันที่..... เวลา.....

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ

ฉบับที่ ๔๙ พ.ศ. ๒๕๖๖

เรื่อง การแจ้งข้อมูลและจัดทำบัญชีมูลค่าสินค้าชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (COVID-19 Antigen test self-test kits)

ลงวันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน)..... เลขทะเบียนนิติบุคคล..... สำนักงานแห่งใหญ่ตั้งอยู่ เลขที่.....  
 ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... อีเมล.....  
 ชื่อผลิตภัณฑ์ทางการค้า (ตรา).....  
 ปริมาณคงเหลือปัจจุบัน ณ วันที่..... จำนวน..... ชิ้น พิกัดอัตราศุลกากร..... แหล่งที่นำเข้า.....  
 ชื่อผู้ผลิต..... หมายเลขล็อตที่ผลิต..... ขนาดบรรจุ จำนวน..... ชิ้นต่อกล่อง  
 เลขที่ใบรับรองประเมินเทคโนโลยี..... วันที่ได้รับอนุญาต.....  
 แหล่งของสิ่งส่งตรวจ  Nasopharyngeal  Nasal swab  Oropharyngeal  Saliva  อื่นๆ (โปรดระบุ).....  
 ราคาจำหน่ายที่แสดงข้างบรรจุภัณฑ์..... บาทต่อชิ้น หรือกรณีที่ไม่ได้มีการแสดงราคาข้างบรรจุภัณฑ์ โปรดระบุราคาจำหน่ายปลีกที่เหมาะสม (End User) .....บาทต่อชิ้น

หน่วย : บาท/ชิ้น

รายการ (ต้นทุนต่อการนำเข้าแต่ละครั้ง)	ต้นทุน	สัดส่วนจาก ต้นทุนรวม	หมายเหตุ
๑. ราคานำเข้า (CIF) (มูลค่าการนำเข้า/จำนวนชิ้น) ๑.๑ ค่าสินค้า - เป็นเงินตราต่างประเทศ - เป็นเงินบาท ๑.๒ ภาษีมูลค่าเพิ่ม ๑.๓ อกรขาเข้า			
(๑) รวม			
๒. ค่าภาษีนำเข้า/บรรจุภัณฑ์			
๓. ค่าใช้จ่ายในการนำเข้า - ค่าทดสอบชุดตรวจ - ค่าประเมินเทคโนโลยี - ค่าขึ้นทะเบียน - ค่าไฟฟ้า/น้ำประปา/สาธารณูปโภคอื่นๆ - ค่าเสื่อมราคา - อื่นๆ (โปรดระบุ) .....			
๔. ค่าบริหารจัดการ			
๕. ค่าขนส่ง			
๖. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (โปรดระบุ) .....			
(๒) รวม (ข้อ ๒ - ๖)			
รวมต้นทุน ((๑) + (๒))			
๗. ราคาจำหน่าย - ราคาจำหน่ายส่ง - ราคาจำหน่ายปลีก ● ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม (Vat) ● รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม (Vat)			ส่วนต่างต้นทุนกับราคา (กำไร) ..... ส่วนต่างต้นทุนกับราคา (กำไร) .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้แจ้ง.....ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล  
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ประทับตรานิติบุคคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....