



แบบแจ้ง

แบบ ชต. ๐๑/๑ (สำหรับผู้ผลิต)

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

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ

ฉบับที่ ๖๓ พ.ศ. ๒๕๖๔

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

ลงวันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน).....เลขทะเบียนนิติบุคคล.....สำนักงานแห่งใหญ่ตั้งอยู่ เลขที่.....
 ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....
 ชื่อผลิตภัณฑ์ทางการค้า (ตรา).....
 ปริมาณการผลิต ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ ถึง จำนวน.....ชิ้น ปริมาณคงเหลือปัจจุบัน ณ วันที่ จำนวน.....ชิ้น
 กำลังการผลิตสูงสุด.....ชิ้นต่อวัน ขนาดบรรจุ จำนวน.....ชิ้นต่อกล่อง
 แหล่งของสิ่งส่งตรวจ Nasopharyngeal Nasal swab Oropharyngeal Saliva อื่นๆ (โปรดระบุ)
 เลขที่ใบรับรองประเมินเทคโนโลยี.....วันที่ได้รับอนุญาต.....
 ราคาจำหน่ายที่แสดงข้างบรรจุภัณฑ์.....บาทต่อชิ้น หรือกรณีที่ไม่ได้มีการแสดงราคาข้างบรรจุภัณฑ์ โปรดระบุราคาจำหน่ายปลีกที่เหมาะสม (End User)บาทต่อชิ้น

หน่วย : บาท/ชิ้น

รายการ	ต้นทุน	สัดส่วนจาก ต้นทุนรวม	หมายเหตุ
๑. วัตถุดิบทางตรง - น้ำยาตรวจ (โปรดระบุชนิด/รายละเอียด) - - - -			
(๑) รวม			
๒. ค่าภาชนะบรรจุ/บรรจุภัณฑ์			
๓. ค่าใช้จ่ายในการผลิต - 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 ณ โรงงาน			ส่วนต่างต้นทุนกับราคา (ถ้าไร)
๘. ราคาจำหน่ายส่ง			ส่วนต่างต้นทุนกับราคา (ถ้าไร)
๙. ราคาจำหน่ายปลีก ● ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม (Vat) ● รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม (Vat)			ส่วนต่างต้นทุนกับราคา (ถ้าไร)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้แจ้ง.....ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 (ประทับตรานิติบุคคล)
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.