



แบบแจ้ง

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ

ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรื่อง การแจ้งข้อมูล การแสดงราคา และการปันส่วนหรือจำหน่ายหน้ากอนามัย

ลงวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔

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

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน)..... สำนักงานแห่งใหญ่ตั้งอยู่ เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
 ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....
 ประเภทธุรกิจ ผู้ผลิต ผู้ส่งออก ตัวแทนจำหน่าย..... ตัวแทนจำหน่ายแต่ผู้เดียวของ ๑).....๒).....๓).....
 ข้อมูล ณ วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

| ชื่อสินค้า (ชื่อ/ชนิด/รุ่น) | ชื่อ ทางการค้า (ตรา) | ประเภทหน้ากอนามัย | | ต้นทุน | | ราคาจำหน่าย | | | ปริมาณ คงเหลือ ยกมา (จากวันก่อน) | ปริมาณ การผลิต | ปริมาณ การส่งออก | ปริมาณ การจำหน่าย | ปริมาณ คงเหลือ (ณ วันแจ้ง) |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------|-------------------|---------------------------|---|--|--|---|-------------------|---------------------|----------------------|----------------------------------|
| | | หน้ากอนามัย ทางการแพทย์ | หน้ากาก อนามัยอื่น | ต้นทุน การผลิต | ต้นทุนรวม หรือราคาซื้อ | ณ โรงงาน (ไม่รวมภาษี มูลค่าเพิ่ม) (บาท/ชิ้น) | ส่ง (ไม่รวมภาษี มูลค่าเพิ่ม) (บาท/ชิ้น) | ปลีก (รวมภาษี มูลค่าเพิ่ม) (บาท/ชิ้น) | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

หมายเหตุ : ๑. ต้นทุนรวม คือ ต้นทุนของผู้ผลิต

๒. ราคาซื้อ คือ ต้นทุนซื้อของผู้ผลิต ผู้ส่งออก และตัวแทนจำหน่าย

๓. ชนิดและรุ่นของสินค้า เช่น N๙๕ , คาร์บอน , Surgical Mask เป็นต้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

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

ตำแหน่ง.....

(ประทับตรานิติบุคคล)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.