



แบบแจ้ง

แบบ ชต. ๐๑/๑ (สำหรับผู้ผลิต)

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

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ

ฉบับที่ ๔๙ พ.ศ. ๒๕๖๖

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

ลงวันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน).....เลขทะเบียนนิติบุคคล.....สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ เลขที่.....  
 ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....  
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... อีเมล.....  
 ชื่อผลิตภัณฑ์ทางการค้า (ตรา).....  
 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 - นำยาตรวจ (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) ..... ส่วนต่างต้นทุนกับราคา (ถ้าไร) ..... ส่วนต่างต้นทุนกับราคา (ถ้าไร) .....
๘. ราคาจำหน่ายส่ง			
๙. ราคาจำหน่ายปลีก ● ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม (Vat) ● รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม (Vat)			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

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

ตำแหน่ง.....

(ประทับตรานิติบุคคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....