



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

แบบแจ้งตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ

ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๗

เรื่อง การแจ้งข้อมูล การแสดงราคา และการปันส่วนหรือจำหน่ายหน้ากอกอนามัย

ลงวันที่ ๒๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน).....เลขทะเบียนนิติบุคคล.....สำนักงานแห่งใหญ่ตั้งอยู่ เลขที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์/โทรสาร.....
อีเมล.....ข้อมูลประจำเดือน..... พ.ศ. แจ้งเปลี่ยนแปลงสถานที่เก็บที่ได้แจ้งไว้แล้ว

ชื่อสินค้า (ชื่อชนิดรุ่น)	ชื่อ ทางการค้า (ตรา)	ประเภทหน้ากอกอนามัย		ประเทศ ต้นทาง	ต้นทุน/ ราคาซื้อ/ ราคา นำเข้า (CIF)	ราคาจำหน่าย			ยอดคงเหลือ ยกมา (จากเดือนก่อน) (ชิ้น)	ปริมาณการ นำเข้า (ชิ้น)	ปริมาณ การ จำหน่าย (ชิ้น)	ปริมาณ คงเหลือ ณ สิ้นเดือน (ชิ้น)	แผนการ นำเข้า (เดือนถัดไป) (ชิ้น)	สถานที่เก็บ	
		หน้ากอกอนามัย ทางการแพทย์	หน้ากอก อนามัยอื่น			ณ โรงงาน (ไม่รวมภาษี มูลค่าเพิ่ม) (บาท/ชิ้น)	ส่ง (ไม่รวมภาษี มูลค่าเพิ่ม) (บาท/ชิ้น)	ปลีก (รวมภาษี มูลค่าเพิ่ม) (บาท/ชิ้น)							
															เดิม : ใหม่ :

หมายเหตุ : ๑. ระบุชื่อบริษัท/ห้างหุ้นส่วนของคลังสินค้าที่เป็นสถานที่เก็บ

- กรณีประสงค์จะยื่นแบบแจ้ง ณ สำนักงานคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ
กรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์ สามารถยื่นได้ภายในวันและเวลาราชการ (วันจันทร์ถึงวันศุกร์)
- กรณีมีสินค้านำเข้ามากกว่า ๑ ครั้ง/สินค้า ให้ใช้ยอดรวมปริมาณและราคาเฉลี่ยลงในแบบแจ้ง
- ชนิดและรุ่นของสินค้า เช่น N95 , คาร์บอน , Surgical Mask เป็นต้น
- กรณีไม่เปลี่ยนแปลงสถานที่เก็บให้กรอกข้อมูลในช่อง“เดิม”
- กรณีช่องว่างสำหรับการกรอกไม่พอ ให้ใช้แผ่นแนบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้แจ้ง.....ผู้ม้อำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ประทับตรานิติบุคคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.