



แบบ นอ. ๐๒ (สำหรับผู้นำเข้า)

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

แบบแจ้งตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ

ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรื่อง การแจ้งข้อมูล การแสดงราคา และการปันส่วนหรือจำหน่ายหน้ากอนามัย

ลงวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๔

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน).....เลขทะเบียนนิติบุคคล.....สำนักงานแห่งใหญ่ตั้งอยู่ เลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์/โทรสาร.....อีเมล.....

 นำเข้า ณ วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....  แจ้งเปลี่ยนแปลงสถานที่เก็บที่ได้แจ้งไว้แล้ว

เลขที่ใบอนุญาตนำเข้า	การตรวจปล่อยของกรมศุลกากร		พิกัดอัตราศุลกากร	รหัสสถิติ	ประเทศต้นทาง	ประเภทหน้ากอนามัย		ชื่อสินค้า (ชื่อ/ชนิด/รุ่น)	ชื่อทางการค้า (ตรา)	ต้นทุน/ราคานำเข้า (CIF)	ปริมาณการนำเข้า (ตัน)	สถานที่เก็บ
	วัน/เดือน/ปี	เวลา				หน้ากอนามัยทางการแพทย์	หน้ากอนามัยอื่น					
												เดิม : ..... ..... ..... ใหม่ : ..... ..... .....

หมายเหตุ : ๑. ให้แจ้งข้อมูลภายใน ๒๔ ชั่วโมง นับจากเวลาที่กรมศุลกากรลงบันทึกการตรวจปล่อย  
 ๒. โปรดแนบสำเนาใบอนุญาตนำเข้าที่ออกโดยกรมศุลกากร (แบบ กศก.๔๔/๑) โดยต้องปรากฏวันและเวลาการตรวจปล่อย (Release Date) ให้ชัดเจนและครบถ้วน  
 ๓. ระบุชื่อบริษัท/ห้างหุ้นส่วนของคลังสินค้าที่เป็นสถานที่เก็บ  
 ๔. กรณีประสงค์จะยื่นแบบแจ้ง ณ สำนักงานคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ กรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์ สามารถยื่นได้ภายในวันและเวลาราชการ (วันจันทร์ถึงวันศุกร์)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

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

ตำแหน่ง.....

(ประทับตรานิติบุคคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....