



แบบแจ้ง

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ

ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๗

เรื่อง การแจ้งข้อมูล การแสดงราคา และการปันส่วนหรือจำหน่ายหน้ากอนามัย

ลงวันที่ ๒๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

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

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

ชื่อสินค้า (ชื่อ/ชนิด/รุ่น)	ชื่อทางการค้า (ตรา)	ประเภทหน้ากอนามัย		ต้นทุน		ราคาจำหน่าย			ปริมาณ คงเหลือ ยกมา (จากเดือนก่อน) (ชิ้น)	ปริมาณ การผลิต (ชิ้น)	ปริมาณ การส่งออก (ชิ้น)	ปริมาณ การจำหน่าย (ชิ้น)	ปริมาณ คงเหลือ (ณ วันสิ้น เดือน) (ชิ้น)	แผนการส่งออก (เดือนถัดไป) (ชิ้น)
		หน้ากาก อนามัย ทางการแพทย์	หน้ากาก อนามัยอื่น	ต้นทุนการผลิต	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 N95 , कार्बอน , Surgical Mask เป็นต้น

๔. กรณีช่องว่างสำหรับการกรอกไม่พอ ให้ใช้แผ่นแนบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

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

ตำแหน่ง.....

(ประทับตรานิติบุคคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....