



แบบแจ้ง

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ

ฉบับที่ ๑๐ พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง การกำหนดราคาจำหน่ายและการแจ้งข้อมูลหน้ากากอนามัย

ลงวันที่ ๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

แบบ นอ. ๐๓ (สำหรับผู้นำเข้า)

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

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน).....เลขทะเบียนนิติบุคคล.....
สำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่ตรอก/ซอย.....ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
อีเมล.....

ปริมาณการนำเข้า.....ชิ้น วันที่นำเข้า.....

[] หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ (Surgical Mask) [] หน้ากากอนามัยอื่น (โปรดระบุ).....

หน่วย : บาท/ชิ้น

| รายการ | ต้นทุน | หมายเหตุ |
|---|--------|----------|
| ๑. ราคาสินค้านำเข้า ค่าสินค้า - เป็นเงินตราต่างประเทศ - เป็นเงินบาท ค่าประกันภัย ค่าระวางขนส่งสินค้า รวม | | |
| ๒. ค่าใช้จ่ายในการซื้อ - อากาศเข้า - ค่าออกของ - ค่าขนส่ง - ค่าเช่าโกดัง - ค่าไฟ - อื่นๆ รวม | | |
| ๓. ค่าใช้จ่ายในการขายและบริหาร - เงินเดือน - โฆษณาและส่งเสริมการขาย - ค่าใช้จ่ายแบ่งบรรจุ - ค่าเสื่อมราคา-อาคารสำนักงาน - ค่าเสื่อมราคา-อาคารโกดัง - ค่าไฟ - ค่าน้ำ - ดอกเบี้ยจ่าย - อื่นๆ | | |
| ๔. ต้นทุนรวม | | |
| ๕. ราคาจำหน่าย - ณ โรงงาน - ส่ง - ปลีก | | |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้แจ้งผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล
(.....)

ตำแหน่ง.....

(ประทับตรานิติบุคคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.