



แบบแจ้ง

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

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ

ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง การแจ้งข้อมูล การแสดงราคา และการปันส่วนหรือจำหน่ายหน้ากอนามัย

ลงวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๓

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน)..... สำนักงานแห่งใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โฟนสาร..... อีเมล.....

ประเภทธุรกิจ [] ผู้ผลิต [] ผู้ส่งออก [] ตัวแทนจำหน่าย..... [] ปริมาณส่งออก..... [] ปริมาณการจำหน่าย..... [] ปริมาณการจำหน่ายแต่ผู้เดียวของ.....

ราคาจำหน่ายและรายละเอียดเกี่ยวกับสินค้า ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

หน่วย : บาท/ชิ้น

ชื่อสินค้า	ชื่อทางการค้า (ตรา)	ชนิด/รุ่น		ปริมาณ คงเหลือยกมา (จากวันก่อน)	ราคาจำหน่าย			ต้นทุนรวม หรือราคาซื้อ	ปริมาณคงเหลือ (ณ วันแจ้ง)
		ทางการแพทย์	ไม่ใช้ทางการแพทย์		ณ โรงงาน (ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม)	ส่ง (ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม)	ปลีก (รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม)		

หมายเหตุ : ๑. ต้นทุนรวม คือ ต้นทุนของผู้ผลิต
 ๒. ราคาซื้อ คือ ต้นทุนของผู้นำเข้า ตัวแทนจำหน่าย และผู้ส่งออก

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้แจ้ง..... ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 (ประทับตรานิติบุคคล)
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.