



ประกาศสำนักงานคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ

ฉบับที่ ๓๖ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรื่อง แบบแจ้งตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ (ฉบับที่ ๔)

โดยที่คณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการได้ออกประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ฉบับที่ ๘ พ.ศ. ๒๕๖๔ เรื่อง การกำหนดสินค้าและบริการควบคุม ลงวันที่ ๒๘ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔ และได้ออกประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ฉบับที่ ๖๓ พ.ศ. ๒๕๖๔ เรื่อง การแจ้งข้อมูลและจัดทำบัญชีคุมสินค้าชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (COVID-19 Antigen test self-test kits) ลงวันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ กำหนดมาตรการให้ผู้ผลิตผู้นำเข้ามาในราชอาณาจักรเพื่อจำหน่าย และผู้ค้าส่งชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (COVID-19 Antigen test self-test kits) แจ้งชื่อผลิตภัณฑ์ทางการค้า เลขรหัสสินค้า ล็อตที่ผลิต ขนาดบรรจุ กำลังการผลิต แหล่งที่นำเข้า ปริมาณการผลิต ปริมาณการนำเข้า ปริมาณการจำหน่าย ต้นทุน ค่าใช้จ่าย ราคาจำหน่าย ชื่อและที่อยู่ของผู้ซื้อ ตามแบบที่เลขาธิการกำหนด

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๙ แห่งประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ฉบับที่ ๖๓ พ.ศ. ๒๕๖๔ เรื่อง การแจ้งข้อมูลและจัดทำบัญชีคุมสินค้าชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (COVID-19 Antigen test self-test kits) ลงวันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ เลขาธิการคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ จึงออกประกาศ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศฉบับนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๒ การแจ้งตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ฉบับที่ ๖๓ พ.ศ. ๒๕๖๔ เรื่อง การแจ้งข้อมูลและจัดทำบัญชีคุมสินค้าชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (COVID-19 Antigen test self-test kits) ลงวันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ให้ยื่นแจ้งตามแบบท้ายประกาศฉบับนี้ ดังต่อไปนี้

(๑) ให้ผู้ผลิต ยื่นแจ้งตามแบบ ชต. ๐๑ แบบ ชต. ๐๑/๑ และแบบ ชต. ๐๔

(๒) ให้ผู้นำเข้ามาในราชอาณาจักรเพื่อจำหน่าย ยื่นแจ้งตามแบบ ชต. ๐๒ แบบ ชต. ๐๒/๑
และแบบ ชต. ๐๔

(๓) ให้ผู้ค้าส่ง ยื่นแจ้งตามแบบ ชต. ๐๓ แบบ ชต. ๐๓/๑ และแบบ ชต. ๐๔

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายวัฒนศักดิ์ เสือเอี่ยม)

อธิบดีกรมการค้าภายใน

เลขาธิการคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ



แบบแจ้ง

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ

ฉบับที่ ๖๓ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรื่อง การแจ้งข้อมูลและจัดทำบัญชีสินค้าชุดตรวจและนำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (COVID-19 Antigen test self-test kits)

ลงวันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

แบบ ขต. ๐๑ (สำหรับผู้ผลิต)

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

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน)..... เลขทะเบียนนิติบุคคล..... สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ เลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... อีเมล.....

กำลังการผลิต..... ชิ้นต่อวัน..... ขนาดบรรจุ จำนวน..... ชิ้นต่อกล่อง.....

แหล่งของสิ่งส่งตรวจ Nasopharyngeal Oropharyngeal Saliva swab อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ข้อมูล ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

| ชื่อสินค้า (ชื่อ/ชนิด/รุ่น /รหัสสินค้า) | หมายเลข ล็อตที่ผลิต | ชื่อผลิตภัณฑ์ ทางการค้า (ตรา) | ต้นทุน (บาท/ชิ้น) | | ราคาจำหน่าย (บาท/ชิ้น) | | ปริมาณ คงเหลือ (จากวัน ก่อน) (ชิ้น) | ปริมาณ การผลิต (ณ วันแจ้ง) | ปริมาณ คงเหลือ ณ วันแจ้ง (ชิ้น) |
|---|------------------------|-------------------------------------|----------------------|-----------|---|----------------------------------|---|----------------------------------|--|
| | | | ต้นทุนการผลิต | ต้นทุนรวม | ณ โรงงาน (ไม่รวมภาษี มูลค่าเพิ่ม) | ปลีก (รวมภาษี มูลค่าเพิ่ม) | | | |
| | | | | | | | | | |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อผู้แจ้ง.....ผู้มีอำนาจลงนามผู้พินิติบุคคล

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ประทับตรานิติบุคคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.



แบบแจ้ง

แบบ ขต. ๐๑/๑ (สำหรับผู้ผลิต)

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

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ

ฉบับที่ ๖๓ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรื่อง การแจ้งข้อมูลและจัดทำบัญชีคุมสินค้าชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2
 (เชื้อก่อโรค COVID-19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (COVID-19 Antigen test self-test kits)

ลงวันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน).....เลขทะเบียนนิติบุคคล.....สำนักงานแห่งใหญ่ตั้งอยู่ เลขที่.....
 ตрок/ชอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....
 ชื่อผลิตภัณฑ์ทางการค้า (ตรา).....
 ปริมาณการผลิต ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ ถึง จำนวน.....ชิ้น ปริมาณคงเหลือปัจจุบัน ณ วันที่ จำนวน.....ชิ้น
 กำลังการผลิตสูงสุด.....ชิ้นต่อวัน ขนาดบรรจุ จำนวน.....ชิ้นต่อกล่อง
 แหล่งของสิ่งส่งตรวจ Nasopharyngeal Nasal swab Oropharyngeal Saliva อื่นๆ (โปรดระบุ)
 เลขที่ใบรับรองประเมินเทคโนโลยี.....วันที่ได้รับอนุญาต.....
 ราคาจำหน่ายที่แสดงข้างบรรจุภัณฑ์.....บาทต่อชิ้น หรือกรณีที่ไม่ได้มีการแสดงราคาข้างบรรจุภัณฑ์ โปรดระบุราคาจำหน่ายปลีกที่เหมาะสม
 (End User)บาทต่อชิ้น

หน่วย : บาท/ชิ้น

| รายการ | ต้นทุน | สัดส่วนจาก ต้นทุนรวม | หมายเหตุ |
|---|--------|-------------------------|---|
| ๑. วัตถุดิบทางตรง - น้ำยาตรวจ (โปรดระบุชนิด/รายละเอียด) - - - - | | | |
| (๑) รวม | | | |
| ๒. ค่าขนานบรรจุ/บรรจุภัณฑ์ | | | |
| ๓. ค่าใช้จ่ายในการผลิต - ค่าทดสอบชุดตรวจ - ค่าประเมินเทคโนโลยี - ค่าขึ้นทะเบียน - ค่าไฟฟ้า/น้ำประปา/สาธารณูปโภคอื่นๆ - ค่าเสื่อมราคา - อื่นๆ (โปรดระบุ) | | | |
| ๔. ค่าบริหารจัดการ | | | |
| ๕. ค่าขนส่ง | | | |
| ๖. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (โปรดระบุ) | | | |
| (๒) รวม (ข้อ ๒ - ๖) | | | |
| รวมต้นทุน ((๑) + (๒)) | | | |
| ๗. ราคาจำหน่าย ณ โรงงาน ๘. ราคาจำหน่ายส่ง ๙. ราคาจำหน่ายปลีก ● ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม (Vat) ● รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม (Vat) | | | ส่วนต่างต้นทุนกับราคา (ถ้าไร) ส่วนต่างต้นทุนกับราคา (ถ้าไร) ส่วนต่างต้นทุนกับราคา (ถ้าไร) |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

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

ตำแหน่ง.....

(ประทับตรานิติบุคคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.



แบบแจ้ง

แบบ ขต. ๐๒ (สำหรับผู้นำเข้า)

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

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ

ฉบับที่ ๖๓ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรื่อง การแจ้งข้อมูลและจัดทำบัญชีคุมสินค้าชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (COVID-19 Antigen test self-test kits)

ลงวันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน)..... เลขทะเบียนนิติบุคคล..... สำนักงานแห่งใหญ่ตั้งอยู่ เลขที่..... ต.รอก/ชอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... อีเมล.....

พิกัดอัตราศุลกากร..... แหล่งที่นำเข้า..... ผู้ผลิต..... นำเข้า ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ขนาดบรรจุ จำนวน..... ชิ้นต่อกล่อง..... Nasopharyngeal Nasal swab Oropharyngeal Saliva อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ข้อมูล ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

| เลขที่ใบขนสินค้าขาเข้า | หมายเลขล็อตที่ผลิต | ชื่อสินค้า (ชื่อ/ชนิด/รุ่น/รหัสสินค้า) | ชื่อผลิตภัณฑ์ทางการค้า (ตรา) | ต้นทุน (ราคานำเข้า (CIF)) (บาท/ชิ้น) | | ราคาจำหน่าย (บาท/ชิ้น) | | ปริมาณนำเข้า (ชิ้น) | ปริมาณคงเหลือ ณ วันแจ้ง (ชิ้น) |
|------------------------|--------------------|--|------------------------------|--------------------------------------|-----------|-----------------------------|---------------------------|---------------------|--------------------------------|
| | | | | ต้นทุนนำเข้า | ต้นทุนรวม | ส่ง (ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) | ปลีก (รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม) | | |
| | | | | | | | | | |

หมายเหตุ : การแจ้งข้อมูลให้แก่เอกสารหลักฐาน ดังต่อไปนี้ ด้วยทุกครั้ง

- สำเนาใบขนสินค้า (invoice) ที่ออกโดยผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าจากประเทศต้นทาง
- สำเนาใบขนสินค้าขาเข้า
- เอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการนำเข้าหรือการจำหน่าย
- เอกสารหลักฐานตามที่เลขาธิการกำหนด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

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

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ประทับตรานิติบุคคล)



แบบแจ้ง

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ
ฉบับที่ ๖๓ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรื่อง การแจ้งข้อมูลและจัดทำบัญชีมูลค่าชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2
(เชื้อก่อโรค COVID-19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (COVID-19 Antigen test self-test kits)
ลงวันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

แบบ ขต. ๐๒/๑ (สำหรับผู้นำเข้า)

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

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน).....เลขทะเบียนนิติบุคคล.....สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ เลขที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....
ชื่อผลิตภัณฑ์ทางการค้า (ตรา).....
ปริมาณการนำเข้า ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ ถึง จำนวน.....ชิ้น ปริมาณคงเหลือปัจจุบัน ณ วันที่ จำนวน.....ชิ้น
พิกัดอัตราศุลกากร.....แหล่งที่นำเข้า.....ชื่อผู้ผลิต.....หมายเลขล็อตที่ผลิต.....
ขนาดบรรจุ จำนวน.....ชิ้นต่อกล่อง เลขที่ใบรับรองประเมินเทคโนโลยี.....วันที่ได้รับอนุญาต.....
แหล่งของสิ่งส่งตรวจ Nasopharyngeal Nasal swab Oropharyngeal Saliva อื่นๆ (โปรดระบุ)
ราคาจำหน่ายที่แสดงข้างบรรจุภัณฑ์.....บาทต่อชิ้น หรือกรณีที่ไม่ได้มีการแสดงราคาข้างบรรจุภัณฑ์ โปรดระบุราคาจำหน่ายปลีกที่เหมาะสม
(End User)บาทต่อชิ้น

หน่วย : บาท/ชิ้น

| รายการ (ต้นทุนต่อการนำเข้าแต่ละครั้ง) | ต้นทุน | สัดส่วนจาก ต้นทุนรวม | หมายเหตุ |
|---|--------|-------------------------|--|
| ๑. ราคานำเข้า (CIF) (มูลค่าการนำเข้า/จำนวนชิ้น) ๑.๑ ค่าสินค้า - เป็นเงินตราต่างประเทศ - เป็นเงินบาท ๑.๒ ภาษีมูลค่าเพิ่ม ๑.๓ อกรขาเข้า | | | |
| (๑) รวม | | | |
| ๒. ค่าภาษีนำเข้า/บรรจุภัณฑ์ | | | |
| ๓. ค่าใช้จ่ายในการนำเข้า - ค่าทดสอบชุดตรวจ - ค่าประเมินเทคโนโลยี - ค่าขึ้นทะเบียน - ค่าไฟฟ้า/น้ำประปา/สาธารณูปโภคอื่นๆ - ค่าเสื่อมราคา - อื่นๆ (โปรดระบุ) | | | |
| ๔. ค่าบริหารจัดการ | | | |
| ๕. ค่าขนส่ง | | | |
| ๖. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (โปรดระบุ) | | | |
| (๒) รวม (ข้อ ๒ - ๖) | | | |
| รวมต้นทุน ((๑) + (๒)) | | | |
| ๗. ราคาจำหน่าย - ราคาจำหน่ายส่ง - ราคาจำหน่ายปลีก ● ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม (Vat) ● รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม (Vat) | | | ส่วนต่างต้นทุนกับราคา (ถ้าไร) ส่วนต่างต้นทุนกับราคา (ถ้าไร) |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

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

ตำแหน่ง.....

(ประทับตรานิติบุคคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.



แบบ ชต. ๐๓ (สำหรับผู้ค้าส่ง)

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

แบบแจ้ง

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ

ฉบับที่ ๖๓ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรื่อง การแจ้งข้อมูลและจัดทำบัญชีมุลินค้าชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (COVID-19 Antigen test self-test kits)

ลงวันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน)..... เลขทะเบียนนิติบุคคล..... สำนักงานแห่งใหญ่ตั้งอยู่ เลขที่..... ต.รอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... อีเมล.....

ขนาดบรรจุ จำนวน..... ชิ้นต่อกล่อง..... ชื่อผู้ผลิต.....

แหล่งของสิ่งส่งตรวจ Nasopharyngeal Oropharyngeal Saliva อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ข้อมูล ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

| ชื่อสินค้า (ชื่อ/ชนิด/รุ่น /รหัสสินค้า) | หมายเลข ล็อตที่ผลิต | ชื่อผลิตภัณฑ์ ทางการค้า (ตรา) | ต้นทุน (บาท/ชิ้น) | | ราคาจำหน่าย (บาท/ชิ้น) | | ปริมาณ คงเหลือ ยกมา (จากวัน ก่อน) (ชิ้น) | ปริมาณ การจำหน่าย | ปริมาณ การซื้อ | ปริมาณ คงเหลือ ณ วันแจ้ง (ชิ้น) |
|---|------------------------|-------------------------------------|----------------------|-----------|------------------------------------|----------------------------------|---|----------------------|-------------------|--|
| | | | ต้นทุนการซื้อ | ต้นทุนรวม | ส่ง (ไม่รวมภาษี มูลค่าเพิ่ม) | ปลีก (รวมภาษี มูลค่าเพิ่ม) | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

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

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



แบบแจ้ง

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ

ฉบับที่ ๖๓ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรื่อง การแจ้งข้อมูลและจัดทำบัญชีคุมสินค้าชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (COVID-19 Antigen test self-test kits)

ลงวันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

แบบ ขต. ๐๓/๑ (สำหรับผู้ค้าส่ง)

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

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน).....เลขทะเบียนนิติบุคคล.....สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ เลขที่.....
 ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร..... อีเมล.....
 ชื่อผู้ประสานงาน.....
 ปริมาณการซื้อ ตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ ถึง จำนวน..... ชิ้น ปริมาณคงเหลือปัจจุบัน ณ วันที่ จำนวน..... ชิ้น
 ชื่อผลิตภัณฑ์ทางการค้า (ตรา) ขนาดบรรจุ จำนวน..... ชิ้นต่อกล่อง
 แหล่งของสิ่งส่งตรวจ Nasopharyngeal Nasal swab Oropharyngeal Saliva อื่นๆ (โปรดระบุ)
 ราคาจำหน่ายที่แสดงข้างบรรจุภัณฑ์.....บาทต่อชิ้น หรือกรณีที่ไม่ได้มีการแสดงราคาข้างบรรจุภัณฑ์ โปรดระบุราคาจำหน่ายปลีกที่เหมาะสม (End User)บาทต่อชิ้น

หน่วย : บาท/ชิ้น

| รายการ (ต้นทุนการซื้อแต่ละครั้ง) | ต้นทุน | สัดส่วนจาก ต้นทุนรวม | หมายเหตุ |
|--|--------|-------------------------|-------------------------------------|
| ๑. ราคาซื้อ (โปรดระบุ) - - - - | | | |
| (๑) รวม | | | |
| ๒. ค่าภาษีนำเข้า/บรรจุภัณฑ์ | | | |
| ๓. ค่าใช้จ่าย - ค่าไฟฟ้า/น้ำประปา/สาธารณูปโภคอื่นๆ - ค่าเสื่อมราคา - อื่นๆ (โปรดระบุ) | | | |
| ๔. ค่าบริหารจัดการ | | | |
| ๕. ค่าขนส่ง | | | |
| ๖. ค่าใช้จ่ายอื่นๆ (โปรดระบุ) | | | |
| (๒) รวม (ข้อ ๒ - ๖) | | | |
| รวมต้นทุน ((๑) + (๒)) | | | |
| ๗. ราคาจำหน่ายส่ง ● ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม (Vat) ● รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม (Vat) | | | ส่วนต่างต้นทุนกับราคา (ถ้าไร) |
| ๘. ราคาจำหน่ายปลีก ● ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม (Vat) ● รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม (Vat) | | | ส่วนต่างต้นทุนกับราคา (ถ้าไร) |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

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

ตำแหน่ง.....

(ประทับตรานิติบุคคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.



แบบแจ้ง

แบบ ชต. ๐๔

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ

ฉบับที่ ๖๓ พ.ศ. ๒๕๖๔

เรื่อง การแจ้งข้อมูลและจัดทำบัญชีคุมสินค้าชุดตรวจและน้ำยาที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยการติดเชื้อ SARS-CoV-2 (เชื้อก่อโรค COVID-19) แบบตรวจหาแอนติเจนด้วยตนเอง (COVID-19 Antigen test self-test kits)

ลงวันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

| |
|----------------------------------|
| 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.....
 ชื่อผู้ประสานงาน

ประเภทธุรกิจ ผู้ผลิต ผู้นำเข้ามาในราชอาณาจักรเพื่อจำหน่าย ผู้ค้าส่ง

ข้อมูลประจำเดือน พ.ศ.

| ชื่อผลิตภัณฑ์ ทางการค้า (ตรา) | ชื่อและที่อยู่ของผู้ซื้อ | ประเภทธุรกิจของผู้ซื้อ | | หมายเหตุ |
|-------------------------------------|--------------------------|------------------------|------------|----------|
| | | ผู้ค้าส่ง | ผู้ค้าปลีก | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

หมายเหตุ : กรณีช่องว่างสำหรับการกรอกไม่พอ ให้ใช้แผ่นแนบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

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