



แบบแจ้ง

แบบ ชต. ๐๑/๑ (สำหรับผู้ผลิต)

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

ตามประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ

ฉบับที่ ๕๔ พ.ศ. ๒๕๖๙

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

ลงวันที่ ๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

ชื่อผู้ประกอบการ (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน).....เลขทะเบียนนิติบุคคล.....สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่ เลขที่.....
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....
ชื่อผลิตภัณฑ์ทางการค้า (ตรา).....
ปริมาณคงเหลือปัจจุบัน ณ วันที่ จำนวน.....ชิ้น กำลังการผลิตสูงสุด.....ชิ้นต่อวัน ขนาดบรรจุ จำนวน.....ชิ้นต่อกล่อง
แหล่งของสิ่งส่งตรวจ ☐ Nasopharyngeal ☐ Nasal swab ☐ Oropharyngeal ☐ Saliva ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ)
เลขทะเบียนผลิตภัณฑ์ที่ออกโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.....วันที่ได้รับอนุญาต.....
ราคาจำหน่ายที่แสดงข้างบรรจุภัณฑ์.....บาทต่อชิ้น หรือกรณีที่ไม่ได้มีการแสดงราคาข้างบรรจุภัณฑ์ โปรดระบุราคาจำหน่ายปลีกที่เหมาะสม
(End User)บาทต่อชิ้น

หน่วย : บาท/ชิ้น

รายการ	ต้นทุน	สัดส่วนจาก ต้นทุนรวม	หมายเหตุ
๑. วัตถุดิบทางตรง - น้ำยาตรวจ (โปรดระบุชนิด/รายละเอียด) - - - -			
(๑) รวม			
๒. ค่าโฆษณาบรรจุ/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 (กำไร) ส่วนต่างต้นทุนกับราคา (กำไร) ส่วนต่างต้นทุนกับราคา (กำไร)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แจ้งนี้เป็นความจริงทุกประการ

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

ตำแหน่ง.....
(ประทับตรานิติบุคคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.