


อบจ. ๐๒-๑ 	องค์การบริหารส่วนจังหวัดสระบุรี แบบตามรายการภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ยาสูบ)		สำหรับเจ้าพนักงาน ทะเบียนรับเลขที่..... วัน เดือน ปี ที่รับ ..... เจ้าพนักงานผู้รับ.....		
(๑) ชื่อผู้ค้าปลีก..... ชื่อสถานค้าปลีก..... สถานค้าปลีกตั้งอยู่ที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โทรศัพท์..... ใบอนุญาตขายยาสูบประเภท.....เล่มที่.....เลขที่.....		(๒) ชำระภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด ประจำเดือน..... (๓) สำหรับ เจ้าพนักงาน งาน ใบเสร็จรับเงินเลขที่/เล่มที่..... วัน เดือน ปี..... เจ้าพนักงานผู้รับ..... (.....)			
(๓) รายการที่	(๔) ยาสูบชนิด	(๕) รายการสินค้ายาสูบที่รับมอบเอาไว้ในสถานค้าปลีก จำนวน (ซอง)      จำนวน (มวน)		(๖) อัตราภาษี มวนละ ๙.๓๐ สตางค์	(๗) จำนวนเงิน บาท      สต.
๑	บุหรี่ซิกาแรต				
๒	บุหรี่ซิการ์				
ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่สำแดงในแบบ รายการภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดนี้ ถูกต้อง ครบถ้วนตามความเป็นจริงทุกประการ  ลงชื่อ..... (.....) ผู้ค้าปลีก วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....		(๘) รวม (ตัวอักษร) (.....)			