

อบจ. 02-1	องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร แบบรายการภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ยาสูบ)		สำหรับเจ้าพนักงาน ทะเบียนรับเลขที่..... วัน เดือน ปี ที่รับ..... เจ้าพนักงานผู้รับ.....					
ชื่อผู้ค้าปลีก..... ชื่อสถานค้าปลีก..... สถานค้าปลีกตั้งอยู่ที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ □□□□□ โทรศัพท์..... ใบอนุญาตขายยาสูบประเภท.....เล่มที่.....เลขที่.....			ชำระภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด ประจำเดือน.....		<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1002 495 1066 761"> สำ รับ เจ้า พนักงาน งาน </td> <td data-bbox="1066 495 1485 761"> ใบเสร็จรับเงินเลขที่/เล่มที่..... วัน เดือน ปี..... เจ้าพนักงานผู้รับ..... (.....) </td> </tr> </table>		สำ รับ เจ้า พนักงาน งาน	ใบเสร็จรับเงินเลขที่/เล่มที่..... วัน เดือน ปี..... เจ้าพนักงานผู้รับ..... (.....)
สำ รับ เจ้า พนักงาน งาน	ใบเสร็จรับเงินเลขที่/เล่มที่..... วัน เดือน ปี..... เจ้าพนักงานผู้รับ..... (.....)							
รายการที่	ยาสูบชนิด	รายการสินค้ายาสูบที่รับมอบเข้าไว้ในสถานค้าปลีก		อัตราภาษี มวนละ 9.30 สตางค์	จำนวนเงิน			
		จำนวนซอง	จำนวนมวน		บาท	สต.		
1	บุหรี่ซิกาแรต							
2	บุหรี่ซิการ์							
ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่แสดงในแบบ รายการภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดนี้ ถูกต้องครบถ้วนตามความเป็นจริงทุกประการ ลงชื่อ..... ผู้ค้าปลีก วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....				รวม (ตัวอักษร) (.....)				
อบจ. 02-1	องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร แบบรายการภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ยาสูบ)		สำหรับเจ้าพนักงาน ทะเบียนรับเลขที่..... วัน เดือน ปี ที่รับ..... เจ้าพนักงานผู้รับ.....					

ย.ส. 04-3	องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร งบเดือนแสดงรายละเอียดการขยายยาสูบ	เลขที่รับ..... วัน เดือน ปี..... เจ้าพนักงานผู้รับ
ถึง เจ้าพนักงาน.....ขอเสนองบเดือนประจำเดือน.....พ.ศ.....		

ชื่อ.....ผู้ได้รับอนุญาตขยายยาสูบชนิด บุหรี่ซิการ์แรต ประเภท 1
 บุหรี่ซิการ์ ประเภท 2

ตามใบอนุญาตขยายยาสูบเล่มที่.....เลขที่.....ชื่อสถานที่ประกอบกิจการ.....ตั้งอยู่เลขที่.....ตรอก/ซอย.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....ขอแจ้งรายละเอียดการขยายยาสูบแต่ละชนิด ดังนี้

รายการที่	ชื่อ ที่อยู่ของบุคคลหรือร้านค้าที่ได้ขายให้					ยาสูบชนิด	ปริมาณ	
	ชื่อ	ที่ตั้ง					จำนวนซอง	จำนวนมวน
		เลขที่/ถนน	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด			
						รวม		

หมายเหตุ ให้ส่งงบเดือนแสดงรายละเอียดการขยายยาสูบภายในวันที่ยี่สิบของเดือนที่มีการจำหน่ายยาสูบ

ลงชื่อ
(.....)

ย.ส. 04-3	องค์การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร งบเดือนแสดงรายละเอียดการขยายยาสูบ	เลขที่รับ..... วัน เดือน ปี..... เจ้าพนักงานผู้รับ
------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

