

 อบจ. ๐๒ - ๑	องค์การบริหารส่วนจังหวัด สุพรรณบุรี แบบรายการภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ยาสูบ)	สำหรับเจ้าพนักงาน ทะเบียนรับเลขที่ วัน เดือน ปี ที่รับ เจ้าพนักงานผู้รับ
--	---	---

ชื่อผู้ค้าปลีก ชื่อสถานค้าปลีก สถานค้าปลีกตั้งอยู่ที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย..... ถนน.....ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ □□□□□ โทรศัพท์..... ใบอนุญาตขายยาสูบประเภท..... เลขที่ เล่มที่.....	ชำระภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุพรรณบุรี ประจำเดือน <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">สำหรับ</td> <td style="width: 85%;">ใบเสร็จรับเงินเลขที่/เล่มที่/.....</td> </tr> <tr> <td>เจ้าพนักงาน</td> <td>วัน เดือน ปี เจ้าพนักงานผู้รับ (.....)</td> </tr> </table>	สำหรับ	ใบเสร็จรับเงินเลขที่/เล่มที่/.....	เจ้าพนักงาน	วัน เดือน ปี เจ้าพนักงานผู้รับ (.....)
สำหรับ	ใบเสร็จรับเงินเลขที่/เล่มที่/.....				
เจ้าพนักงาน	วัน เดือน ปี เจ้าพนักงานผู้รับ (.....)				

รายการ	ยาสูบชนิด	รายการสินค้ายาสูบที่รับมอบเข้าไว้ในสถานค้าปลีก		อัตราภาษี มวนละ ๙.๓๐%	จำนวนเงิน	
		จำนวนซอง	จำนวนมวน		บาท	สต.
รวม						

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่สำแดงในแบบรายการ ภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดนี้ ถูกต้องครบถ้วน ตามความเป็นจริงทุกประการ ลงชื่อ (.....) ผู้ค้าปลีก วันที่ เดือน พ.ศ.	ตัวอักษร (.....)
--	--------------------