อบจ. 02 - 1	องค์การบริหารส่วนจังหวัดกาญจนบุรี แบบรายการภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ยาสูบ)	**สำหรับเจ้าพนักงาน** ทะเบียนรับเลขที่..... วัน เดือน ปี ที่รับ..... เจ้าพนักงานผู้รับ.....

(1)

ชื่อผู้ประกอบการ.....

ชื่อสถานการค้า.....

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร□□□□□□□□□□□□□

ทะเบียนสถานการค้า

สถานที่ตั้งเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์ □□□□□ โทรศัพท์.....

(2)

ชำระภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด

ประจำเดือน.....

สำหรับเจ้าพนักงาน

(9)

ใบเสร็จรับเงินเลขที่/เล่มที่.....

วัน เดือน ปี.....

เจ้าพนักงานผู้รับ.....

(.....)

(3) รายการที่	(4) ยาสูบชนิด	(5) รายการสินค้ายาสูบที่รับมอบเข้าไว้ในสถานค้าปลีก		(6) อัตราภาษี มวนละ 4.54 สตางค์	(7) จำนวนเงิน	
		จำนวนซอง	จำนวนมวน		บาท	สต
				(8) รวม		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่สำแดงในแบบรายการภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดนี้ถูกต้องครบถ้วนตามความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ประกอบการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ตัวอักษร) (.....)