

อบจ. ๐๒-๑	องค์การบริหารส่วนจังหวัดเพชรบุรี แบบรายการภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ยาสูบ)		สำหรับเจ้าพนักงาน ทะเบียนรับเลขที่..... วัน เดือน ปี ที่รับ..... เจ้าพนักงานผู้รับ.....	
ร้านค้าปลีกยาสูบ ชื่อผู้ค้าปลีก..... ชื่อสถานค้าปลีก..... สถานที่ตั้งเลขที่..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... ใบอนุญาตขายยาสูบประเภท เล่มที่ เลขที่			(๒) ชำระภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัด ประจำเดือน (๙) สำรับ ใบเสร็จรับเงินเลขที่/เล่มที่..... วัน เดือน ปี..... เจ้าพนักงานผู้รับ..... (.....) งาน	
(๓) รายการ ที่	(๔) ยาสูบชนิด	(๕) รายการสินค้ายาสูบ ที่รับมอบเข้าไว้ในสถานค้าปลีก	(๖) อัตราภาษี มวนละ สตางค์	(๗) จำนวนเงิน บาท
๑ ๒		จำนวนซอง	จำนวนมวน	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่สำแดงในแบบ รายการภาษีบำรุงองค์การบริหารส่วนจังหวัดนี้ ถูกต้องครบถ้วนตามความเป็นจริงทุกประการ ลงชื่อ (.....) ผู้ค้าปลีก วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....			(๘) รวม (ตัวอักษร) (.....)	

