

หนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย

ผู้มีหน้าที่จ่าย

ส่วนราชการ โรงพยาบาลทดสอบ

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0 9 9400 0 6044 4 1

ที่อยู่ 207 หมู่ 1 ตำบลกาญจนาภิเษก อำเภอดุสิต จังหวัดยะลา 95140

ขอรับรองว่า ได้หักภาษี ณ ที่จ่าย ตามเอกสารขอเบิกเงินจำนวน 1 ใบ เลขที่ 654254894-2

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ตามสัญญาเลขที่.....

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ถูกหักภาษี ณ ที่จ่าย

ชื่อ : บริษัท บี.แอล.ฮั่ว จำกัด * เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร : 000111222

และได้ออณัติเรียกเงินในเงินดังกล่าว ให้แก่ (2)

ที่อยู่

ประเภทภาษี	ประเภทเงินได้ที่จ่าย	วันเดือนปีที่จ่าย	จำนวนเงินได้	ภาษี
ภาษีเงินได้นิติบุคคล	เวชภัณฑ์ยา		44,730.84	447.31
รวมเงินภาษี (ตัวอักษร)		รวม	44,730.84	447.31

(-สี่ร้อยสี่สิบเจ็ดบาทสามสิบเอ็ดสตางค์-)

ลงชื่อ

นางทดสอบ ระบบ

ตำแหน่ง

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล

ปฏิบัติหน้าที่แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลทดสอบ

หมายเหตุ

1.กรอกเลขที่เอกสารที่ได้จากการขอเบิกเงินจากคลังในระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์(GFMIS)

2.กรอกข้อมูลกรณีมีการโอนสิทธิ์เรียกร้องในการรับเงิน

*ให้กรอกเลขประจำตัวประชาชนกรณีผู้ถูกหักภาษีณที่จ่ายเป็นบุคคลธรรมดาที่ไม่ได้จดทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม

ให้กรอกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากรกรณีผู้ถูกหักภาษีณที่จ่ายเป็นนิติบุคคลและบุคคลธรรมดาที่จดทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม