



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลพิชัย อำเภopiชัย จังหวัดอุดรดิตถ์

ที่ อต ๐๐๓๒.๓๐๖/๑๐๓๐

วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานขอซื้อวัสดุการแพทย์

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรดิตถ์

ด้วย กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลพิชัย อำเภopiชัย จังหวัดอุดรดิตถ์มีความประสงค์จะ ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เพื่อใช้ในการบริการผู้ป่วยและใช้ในกิจการของโรงพยาบาล

๒. รายละเอียดของพัสดุ

วัสดุการแพทย์ จำนวน ๓ รายการ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

๓. ราคาากลางของพัสดุที่จะซื้อจำนวน ๖,๓๒๒.๐๐ บาท (หกพันสามร้อยยี่สิบสองบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะซื้อ

เงินนอกงบประมาณจาก (เงินบำรุง) จำนวน ๖,๓๒๒.๐๐ บาท (หกพันสามร้อยยี่สิบสองบาทถ้วน)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจงเนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

ผู้ตรวจรับพัสดุ

๑. นางสาวอำพร ทำพูล

ประธานกรรมการฯ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒. นางสาวณัฐินี จารุชัยนิวัฒน์

กรรมการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๓. นางวิภาพร พานิชรุ่งโรจน์

กรรมการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

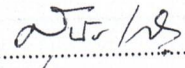
อำนาจและหน้าที่

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

๙. ข้อเสนออื่นๆ


ตามคำสั่งจังหวัดอุดรธานีที่ ๑๕๐๒๕/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ และ ๑๖๕๙๒/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๓ ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบอำนาจให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย มีอำนาจอนุมัติสั่งซื้อสิ่งจ้างทุกขั้นตอนรวมทั้งการดำเนินการอื่นๆตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐพ.ศ.๒๕๖๐ ภายในวงเงินครั้งละไม่เกิน ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท (สองล้านบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดใน รายงานขอซื้อดังกล่าวข้างต้น

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่พัสดุ

(นางสุนันท์ เส็งตระกูล)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ..........หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายอานนท์ ทองแยม)

เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

อนุมัติ



(นายทศนาถ อ่ำพจนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย

โครงการ.....

หมวดรายจ่าย..... ๖.๓๖๖๓๕๓

งบประมาณที่ได้รับ..... 3,588,558.73 บาท


เบิกจ่ายไปแล้ว..... 2,032,461.20 บาท

ยอดคงเหลือมา..... 1,556,097.53 บาท

เบิกครั้งนี้..... 6322.00 บาท

คงเหลือสุทธิ..... 1,549,769.53 บาท

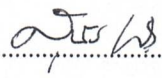
เห็นควรพิจารณาอนุมัติ

ผู้ตรวจสอบ..... 

ขอบเขตงานหรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ

วัสดุการแพทย์

ลำดับที่	รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ	จำนวน	หน่วยนับ	ราคา	เป็นเงิน
๑	ซองซิล ๒"ไม่ขยาย	๗	ม้วน	๒๗๗.๐๐	๑,๙๓๙.๐๐
๒	ซองซิล ๖"ไม่ขยาย	๓	ม้วน	๘๑๖.๐๐	๒,๔๔๘.๐๐
๓	ซองซิล ๖"ขยาย	๓	ม้วน	๖๔๕.๐๐	๑,๙๓๕.๐๐
รวมทั้งสิ้น (หกพันสามร้อยยี่สิบสองบาทถ้วน)					๖,๓๒๒.๐๐

ลงชื่อ..........(ผู้กำหนดขอบเขตงาน)
(นางสุนันท์ เล็งตระกูล)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลพิชัย อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

ที่ อต ๐๐๓๒.๓๐๖/๑๐๓๗

วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อสิ่งจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาที่เสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
วัสดุการแพทย์ จำนวน ๓ รายการ	บริษัท นูโวเด็นท์ จำกัด	๖,๓๒๒.๐๐	๖,๓๒๒.๐๐
		รวม	๖,๓๒๒.๐๐

* ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลพิชัยพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อสิ่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

อนุมัติ

(นางสุนันท์ เส็งตระกูล)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(นายทศนาถ อำพนนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์

(นายอานนท์ ทองแยม)

เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน



ประกาศโรงพยาบาลพิชัย

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ โรงพยาบาลพิชัย ได้มีโครงการ ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น
วัสดุการแพทย์ จำนวน ๓ รายการ ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท นูโวเด็นท์ จำกัด (ขายปลีก) โดย
เสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๖,๓๒๒.๐๐ บาท (หกพันสามร้อยยี่สิบสองบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่า
ขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายทศนาถ อัมพนนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์

ใบเสนอราคา
(QUOTATION)

วันที่ (Date) : _____

เลขที่ (Run No.) : NVDB / 008-64

เรียน / ATTN: ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพิชัย

บริษัทฯ มีความยินดีเสนอสินค้าตามรายการ ราคา และรายละเอียด ดังนี้

(We are pleased to offer the undermentioned products with price & details)

ลำดับ Items	รหัสสินค้า	รายละเอียด Description	จำนวน QTY	ราคา/หน่วย (บาท)	ราคาพิเศษ/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
1	YFSR-50	ซองซิล 2" ไม้ขยาย	7 ม้วน	277.00	-	1,939.00
2	YFSR-150	ซองซิล 6" ไม้ขยาย	3 ม้วน	816.00	-	2,448.00
3	YGSR-150	ซองซิล 6" ขยาย	3 ม้วน	645.00	-	1,935.00
ราคารวมสุทธิ				ราคาก่อนรวมภาษีมูลค่าเพิ่ม		5,908.41
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%		413.59
				ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%		6,322.00

หมายเหตุ: - ราคาที่เสนอข้างต้นเป็นราคาที่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% แล้ว

เงื่อนไข/ Terms:

- กำหนดขึ้นราคา (Validity) 30 วัน (Day) นับจากวันที่ระบุในใบเสนอราคา (From the quotation date)
- กำหนดส่งสินค้า (Delivery Time) ภายใน 60 วัน (Day) หลังจากรับใบสั่งซื้อ (After receipt of purchase order)
- เงื่อนไขการชำระเงิน (Term of Payment) 60 วัน (Day) นับจากวันที่ได้รับสินค้า (After receipt of product)

 (_____)
 ผู้อนุมัติซื้อ/ลูกค้า
 วันที่ ____ / ____ / ____

ทิพย์ ทิพย์เมธ
 (คุณพิชญ กิตติจารุจร)
 089-639-4639
 พนักงานขาย
 วันที่ ____ / ____ / ____

John John
 (คุณสุวิณา กัทธิรานนท์)
 ผู้จัดการ
 วันที่ ____ / ____ / ____

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน

ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า นายอานนท์ ทองแถม..... (หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวนันท์ เส็งตระกูล..... (เจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวอำพร ทำทูล..... (คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวณัฐินี จารุชัยนิวัฒน์..... (คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า นางวิภาพร พานิชรุ้งโรจน์..... (คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)

ขอให้การรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ทุกเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม.....
(นายอานนท์ ทองแถม)
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ)

ลงนาม.....
(นางสุนันท์ เส็งตระกูล)
(เจ้าหน้าที่พัสดุ)

ลงนาม.....
(นางสาวอำพร ทำทูล)
(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)

ลงนาม.....
(นางสาวณัฐินี จารุชัยนิวัฒน์)
(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)

ลงนาม.....
(นางวิภาพร พานิชรุ้งโรจน์)
(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท นูโวเด็นท์ จำกัด
 ที่อยู่ หมู่บ้าน หมู่บ้านทิพวัล ๑ เลขที่ ๔๑๙/๑๖๕ หมู่ ๕ ซอย๑๔ ถนน
 เทพารักษ์
 ตำบลเทพารักษ์ อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ๑๐๒๗๐
 โทรศัพท์ ๐๒-๗๕๕๖๖๓๖
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๑๕๕๔๗๐๐๔๓๖๖

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๗๒๕/๒๕๖๔
 วันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๔
 ส่วนราชการ โรงพยาบาลพิชัย
 ที่อยู่ ม.๓ ตำบลในเมือง อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์
 โทรศัพท์ ๐๕๕๕๘๓๒๑๐๐

ตามที่ บริษัท นูโวเด็นท์ จำกัด ได้เสนอราคา ใว้ต่อ โรงพยาบาลพิชัย ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	ซองซิล ๒" ไม่ขยาย	๗	ม้วน	๒๗๗.๐๐	๑,๙๓๙.๐๐
๒	ซองซิล ๖" ไม่ขยาย	๓	ม้วน	๘๑๖.๐๐	๒,๔๔๘.๐๐
๓	ซองซิล ๖" ขยาย	๓	ม้วน	๖๔๕.๐๐	๑,๙๓๕.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๕,๙๒๒.๐๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๔๑๓.๕๙
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๖,๓๓๕.๕๙

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ - 8 เม.ย. 2564
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลพิชัย ม.๓
- ระยะเวลาประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อส่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๔๐๓๗๑๖๐๙๖๓ ชื่อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งซื้อ

(นายอานนท์ ทองแถม)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๔

ลงชื่อ.....ผู้รับใบสั่งซื้อ

อรวรรณ

(.....)

ผู้ขาย

วันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๔

เลขที่โครงการ ๖๔๐๓๗๑๖๐๙๖๓

เลขคุณสมบัติ ๖๔๐๓๑๔๒๒๑๔๑๘

Dent

Tel : 02-755-6636
 02-758-0709
 Mobile : 089-681-6006
 083-067-9059
 Fax : 02-394-4403

บริษัท นูโวเด้นท์ จำกัด

419/165 หมู่บ้านทิพวัล 1 หมู่ที่ 5 ซอย 14

ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมืองสมุทรปราการ

จ.สมุทรปราการ 10270 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0115547004366 / สำนักงานใหญ่

(เอกสารออกเป็นชุด)

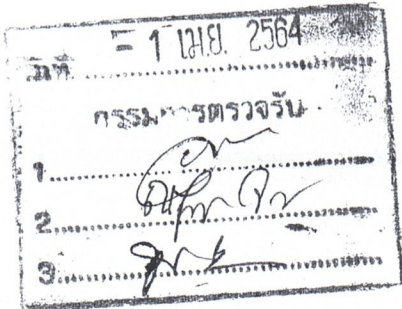
ต้นฉบับใบกำกับภาษี/ใบส่งสินค้า

ORIGINAL TAX INVOICE/DELIVERY ORDER

(ลูกค้า)

ชื่อลูกค้า Customer's Name	โรงพยาบาล พิชัย 139 หมู่ 1 ต.ในเมือง อ.พิชัย จ.อุดรธานี 53120	เลขที่ No.	IV6403386
ที่อยู่ Address	โทร.055-421145 โทร.055832039,055-832063 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994002457259 สำนักงานใหญ่	วันที่ Date	1 เม.ย. 2564
รหัสลูกค้า Customer Code	พนักงานขาย Sale Man	เงื่อนไขการชำระเงิน Term Of Payment	วันครบกำหนด Due Date
รหัสสินค้า 5TA-A0002	037-คุณพิชญ กิตติจารุขจร(เ		

ลำดับ NO.	รหัสสินค้า Product Code	รายการ Description	จำนวน Quantity	ราคาต่อหน่วย Unit Price	ส่วนลด Discount	จำนวนเงิน Amount
1	YFSR-50	ของซิล 2" ไม่ขยาย	7.00 ม้วน	277.00		1,939.00
2	YFSR-150	ของซิล 6" ไม่ขยาย	3.00 ม้วน	816.00		2,448.00
3	YGSR-150	ของซิล 6" ขยาย	3.00 ม้วน	645.00		1,935.00



ผิด ตก ยกเว้น E. & O.E.

ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อทางบริษัทฯ เรียกเก็บเงินได้เรียบร้อยแล้ว (ทุกพันสามารถย่อยสลายบางส่วน).	รวมเงิน Sub Total	5,908.41
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม VAT 7%	413.59
	รวมสุทธิ Total Amount	6,322.00

ได้รับสินค้าตามรายการ ข้างต้นไว้ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว ผู้รับสินค้า/Received by	ชำระโดย <input type="checkbox"/> เงินสด <input type="checkbox"/> เช็ค SALE MAN ผู้รับเงิน/Collector	บริษัท นูโวเด้นท์ จำกัด NUVODENT CO., LTD. ผู้ส่งสินค้า/Delivered by
วันที่/Date	วันที่/Date	วันที่/Date
		ผู้มีอำนาจลงนาม Authorized Signature

ใบตรวจรับการจัดซื้อ

วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๓

ตาม ใบสั่งซื้อ เลขที่ ๗๒๔/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๔ โรงพยาบาลพิชัย ได้ตกลงซื้อ กับ บริษัท นูโวเด็นท์ จำกัด สำหรับโครงการ ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๖,๓๒๒.๐๐ บาท (หกพันสามร้อยยี่สิบสองบาทถ้วน)

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏ ดังนี้

๑. ผลการตรวจรับ

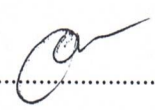
- ถูกต้อง
 - ครบถ้วนตามสัญญา
 - ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

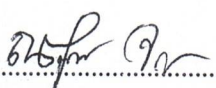
๒. ค่าปรับ

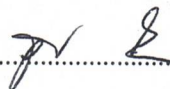
- มีค่าปรับ
- ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๖,๓๒๒.๐๐ บาท

ลงชื่อ..........ประธานกรรมการ
(นางสาวอำพร ทำทูล)

ลงชื่อ..........กรรมการ
(นางสาวณัฐินี จารุชัยนิวัฒน์)

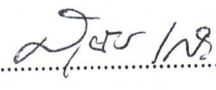
ลงชื่อ..........กรรมการ
(นางวิภาพร พานิชรุ่งโรจน์)

หมายเหตุ : เลขที่โครงการ ๖๔๐๓๗๑๖๐๙๖๓

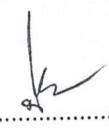
เลขคุมสัญญา ๖๔๐๓๑๔๒๒๑๔๑๘

เลขคุมตรวจรับ ๖๔๐๕A๑๓๖๐๘๖๖

งานพัสดุ ได้รับมอบพัสดุจำนวน..๓..รายการ จากคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ พร้อมลงทะเบียนไว้เรียบร้อยแล้ว และได้มอบพัสดุดังกล่าวให้แก่เจ้าหน้าที่พัสดุไว้ถูกต้องครบถ้วนแล้ว

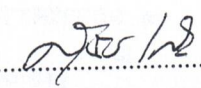
ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่พัสดุ
(นางสุนันท์ เส็งตระกูล)

วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๔

ลงชื่อ..........ผู้รับของ
(นางเฉลียว มั่งเงิน)

วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๔

เพื่อโปรดทราบผลการตรวจรับวัสดุการแพทย์จำนวน..๓...รายการใช้งานที่โรงพยาบาลพิชัยเป็นเงิน ๖,๓๒๒.๐๐ บาท (หกพันสามร้อยยี่สิบสองบาทถ้วน) ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่พัสดุ
(นางสุนันท์ เส็งตระกูล)

วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๔

ความเห็นของผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี

- ทราบ



(นายทศนาถ อ่ำพนนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลพิชัย อำเภopiชัย จังหวัดอุดรดิติติ

ที่ อต ๐๐๓๒.๓๐๖/๑๗๖๔

วันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานขอซื้อวัสดุการแพทย์

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรดิติติ

ด้วย กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลพิชัย อำเภopiชัย จังหวัดอุดรดิติติมีความประสงค์จะ ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เพื่อใช้ในการบริการผู้ป่วยและใช้ในกิจการของโรงพยาบาล

๒. รายละเอียดของพัสดุ

วัสดุการแพทย์ จำนวน ๔ รายการ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

๓. ราคาของพัสดุที่จะซื้อจำนวน ๗,๒๕๐.๐๐ บาท (เจ็ดพันสองร้อยเก้าสิบบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะซื้อ

เงินนอกงบประมาณจาก (เงินบำรุง) จำนวน ๗,๒๕๐.๐๐ บาท (เจ็ดพันสองร้อยเก้าสิบบาทถ้วน)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๓๐ วัน นับตั้งจากวันลงนามในสัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจงเนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

ผู้ตรวจรับพัสดุ

๑. นางสาวอำพร ทำทูล

ประธานกรรมการฯ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒. นางสาวณัฐณี จารุชัยนิวัฒน์

กรรมการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๓. นางวิภาพร พานิชรุ่งโรจน์

กรรมการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

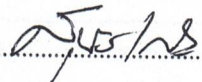
อำนาจและหน้าที่


ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

๙. ข้อเสนออื่นๆ

ตามคำสั่งจังหวัดอุดรดิตถ์ ที่ ๑๕๐๒๕/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ และ ๑๖๕๙๒/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๓ ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบอำนาจให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย มีอำนาจอนุมัติสั่งซื้อสิ่งจ้างทุกขั้นตอน รวมทั้งการดำเนินการอื่น ๆ ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ภายในวงเงินครั้งละไม่เกิน ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท (สองล้านบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงานขอซื้อดังกล่าวข้างต้น

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่พัสดุ
(นางสุนันท์ เสงฺตรชกุล)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ..........หัวหน้าเจ้าหน้าที่
(นายอานนท์ ทองแยม)
เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

อนุมัติ



(นายทศนาถ อำพนนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรดิตถ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย

โครงการ.....

หมวดรายจ่าย..... ๑. กางแพทชี

งบประมาณที่ได้รับ..... 3,588,๕58.73 บาท

เบิกจ่ายไปแล้ว..... 2,525,115.70 บาท

ยอดคงเหลือมา..... 1,063,443.03 บาท

เบิกครั้งนี้..... 7,290.00 บาท

คงเหลือสุทธิ..... 1,056,153.03 บาท

เห็นควรพิจารณาอนุมัติ

ผู้ตรวจสอบ..... /



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลพิชัย อำเภopiชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

ที่ อต ๐๐๓๒๓๐๖/๑๗๗๒

วันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อวัสดุการแพทย์

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาที่เสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
วัสดุการแพทย์ จำนวน ๔ รายการ	บริษัท ไฮเอนซ์เมด จำกัด	๗,๒๙๐.๐๐	๗,๒๙๐.๐๐
รวม			๗,๒๙๐.๐๐

* ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลพิชัยพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อส่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

(นางสุนันท์ เสงฺตรกูล)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(นายอานนท์ ทองแย้ม)
เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

อนุมัติ

(นายทศนาถ อําพนนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์



ประกาศจังหวัดอุดรดิตถ์

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ โรงพยาบาลพิชัย ได้มีโครงการ ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น

วัสดุการแพทย์ จำนวน ๔ รายการ ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท ไชเอนซ์เมต จำกัด (ขายปลีก) โดย
เสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๗,๒๙๐.๐๐ บาท (เจ็ดพันสองร้อยเก้าสิบบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง
ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายทศนาถ อัมพนนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรดิตถ์

บริษัท ไชเอนซ์เมด จำกัด

เลขที่ 30/6 ซอยรามคำแหง 21 (นวศรี) แขวงพลับพลา เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310
 TEL: 0-2314-7622, 0-2718-8620-1 FAX: 0-2718-8621 E-mail : scienmed.sm@gmail.com

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105539040332
 สำนักงานใหญ่

ใบเสนอราคา/QUOTATION

เรื่อง : ขอเสนอราคาเวชภัณฑ์มีไชยา
 Subject
 เรียน : ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย
 Attn.
 โทร. แฟกซ์.
 Tel. Fax.

ใบเสนอราคาเลขที่: 64-05010
 No.
 วันที่:
 Date
 Sale 006

We are please to offer you the following items as per your requirement.

ลำดับที่ No.	ยี่ห้อ	รายการสินค้า DESCRIPTION	จำนวน Quantity	หน่วย Unit	ราคา/หน่วย Price/Unit	จำนวนเงิน Amount
1	SMI	DACLON NYLON BLUE 5/0 DS16 75CM	6	โหล	500.00	3,000.00
2	SMI	DACLON NYLON BLUE 6/0 DS12 75CM	2	โหล	500.00	1,000.00
3	SMI	CHROMIC CATGUT 2/0 HR37 75CM	2	โหล	700.00	1,400.00
4	SMI	Surgical Blades Sterile #11	6	กล่อง	315.00	1,890.00
หมายเหตุ : ราคาดังกล่าวรวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7 % Remark					รวมเงิน Sub Total	6,813.08
					ภาษีมูลค่าเพิ่ม Vat	476.92
บาท : เจ็ดพันสองร้อยเก้าสิบบาทถ้วน Baht					ยอดเงินสุทธิ Net Total	7,290.00

VALIDITY (กำหนดยืนยันราคา) 60 วัน

DILIVERY (กำหนดส่งมอบสินค้า)

WARRANTY (เงื่อนไขการรับประกัน)

PAYMENT (การชำระเงิน)

We hope our proposal will meet with your requirement and looking forward to your esteemed order.

Your faithfully,

(กิตติพิชญ์ ผลิตกรรม)

ผู้ช่วยผู้จัดการ

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน

ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า นายอานนท์ ทองแยม..... (หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวนันท์ เส็งตระกูล..... (เจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวอำพร ทำทูล..... (คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวณัฐินี จารุชัยนิวัฒน์..... (คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า นางวิภาพร พานิชรุ่งโรจน์..... (คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)

ขอให้รับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้มีผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม.....
(นายอานนท์ ทองแยม)
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ)

ลงนาม.....
(นางนันท์ เส็งตระกูล)
(เจ้าหน้าที่พัสดุ)

ลงนาม.....
(นางสาวอำพร ทำทูล)
(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)

ลงนาม.....
(นางสาวณัฐินี จารุชัยนิวัฒน์)
(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)

ลงนาม.....
(นางวิภาพร พานิชรุ่งโรจน์)
(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)

Science Med

บริษัท ไชเอนซ์ เมด จำกัด SCIENCE MED CO., LTD.

เลขที่ 30/6 ซอยรามคำแหง 21 (นครศรี) แขวงพลับพลา เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310
30/6 SOI RAMKHAMHAENG 21, PHLABPHLA, WANGTHONGLANG, BANGKOK 10310
TEL: 0-2314-7622, 0-2718-8620-1 FAX: 0-2718-8621 E-mail : scienmed.sm@gmail.com

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105539040332

สำนักงานใหญ่

ต้นฉบับใบส่งของ ORIGINAL INVOICE

(ไม่ใช่ใบกำกับภาษี)
เอกสารออกเป็นชุด

รหัสลูกค้า พิซัย Code นามลูกค้า โรงพยาบาล พิซัย Messrs ที่อยู่ 139 หมู่ 1 ต.ในเมือง Address อ.พิซัย จ.อุตรดิตถ์ 53120 หมายเหตุ Remark TAX.ID: 0994000480873 สำนักงานใหญ่	วันที่ 17 พ.ค. 2564 Date เลขที่ใบกำกับ Order No. SM64/053335 พนักงานขาย Salesman No. 006-006 กำหนดชำระเงิน Term 60 วัน ครบกำหนด Due Date
--	---

รหัสสินค้า Product Code	รายละเอียด Description	จำนวน Quantity	หน่วยละ Unit	ส่วนลด Discount	จำนวนเงิน Amount
SMI9101516	DACLON NYLON BLACK 5/0 DS16 /	6 ไหล	500.00		3,000.00
SMI9071512	DACLON NYLON BLUE 6/0 DS12 75CM /	2 ไหล	500.00		1,000.00
SMI2350137	CHROMIC CATGUT 2/0 HR37 75CM,	2 ไหล	700.00		1,400.00
SMIZB11	Surgical Blades Sterile #11	6 กล่อง	315.00		1,890.00

วันที่ 17 พ.ค. 2564

กรรมการตรวจรับ

1. *[Signature]*

2. *[Signature]*

3. *[Signature]*

ไม่รับเปลี่ยน/คืนสินค้า
หลังจาก 15 วันนับจากวันส่งสินค้า

ผิด ตก ยกเว้น E. & O.E.

(เจ็ดพันสองร้อยเก้าสิบบาทถ้วน).	รวมเงิน Sub Total	6,813.08
ชำระเงินโดย : () เงินสด () เช็คธนาคาร สาขา _____ เลขที่ _____ ลงวันที่ _____ (ในกรณีชำระเงินสดด้วยเช็ค โปรดส่งจ่ายและขีดคร่อมในนามบริษัทฯ เท่านั้น)	ภาษีมูลค่าเพิ่ม V.A.T. ๗%	476.92
	ยอดเงินสุทธิ Net Total	7,290.00

ผู้รับของ/Receiver	ผู้ส่งของ/Delivered By	ผู้รับเงิน/Collector	ผู้จัดการ/Manager
ได้รับสินค้าตามรายการถูกต้องแล้ว <i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>		<i>[Signature]</i>
วันที่/Date	วันที่/Date	วันที่/Date	วันที่/Date

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท ไชเอนซ์เมด จำกัด
 ที่อยู่ เลขที่ ๓๐/๖ ซอยรามคำแหง๒๑ ถนนรามคำแหง
 แขวงพลับพลา เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๑๐
 โทรศัพท์ ๐-๒๓๑๔-๗๖๒๒
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๓๙๐๔๐๓๓๒

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๙๖๖/๒๕๖๔
 วันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๔
 ส่วนราชการ โรงพยาบาลพิชัย
 ที่อยู่ ม.๓ ตำบลในเมือง อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์
 โทรศัพท์ ๐๕๕๘๓๒๑๐๐

ตามที่ บริษัท ไชเอนซ์เมด จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลพิชัย ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	NYLON NO.๕/๐	๖	โหล	๕๐๐.๐๐	๓,๐๐๐.๐๐
๒	NYLON NO.๖/๐	๒	โหล	๕๐๐.๐๐	๑,๐๐๐.๐๐
๓	Catgut ๒/๐	๒	โหล	๗๐๐.๐๐	๑,๔๐๐.๐๐
๔	Surgical Blade No.๑๑	๖	กล่อง	๓๑๕.๐๐	๑,๘๙๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๖,๘๙๐.๐๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๔๗๖.๙๒
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๗,๓๖๖.๙๒

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ 23 พ.ค. 2564
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลพิชัย ม.๓
- ระยะเวลาประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๔๐๔๗๒๙๒๔๙๓ ชื่อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งซื้อ

(นายอานนท์ ทองแถม)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๔

ลงชื่อ.....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(.....)

ผู้ขาย

วันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๔

เลขที่โครงการ ๖๔๐๔๗๒๕๒๔๔๓

เลขคุณสมบัติ ๖๔๐๕๑๔๒๗๗๖๑๑

Science Med

บริษัท ไชเอนซ์ เมด จำกัด SCIENCE MED CO., LTD.

เลขที่ 30/6 ซอยรามคำแหง 21 (นครี) แขวงพลับพลา เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ 10310
30/6 SOI RAMKHAMHAENG 21, PHLABPHLA, WANGTHONGLANG, BANGKOK 10310
TEL: 0-2314-7622, 0-2718-8620-1 FAX: 0-2718-8621 E-mail : scienmed.sm@gmail.com

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105539040332

สำนักงานใหญ่

ต้นฉบับใบกำกับภาษี ORIGINAL TAX INVOICE

เอกสารออกเป็นชุด

รหัสลูกค้า พิชัย Code นามลูกค้า โรงพยาบาล พิชัย Messrs ที่อยู่ 139 หมู่ 1 ต.ในเมือง Address อ.พิชัย จ.อุตรดิตถ์ 53120 หมายเหตุ Remark TAX.ID: 0994000480873 สำนักงานใหญ่	วันที่ Date เลขที่ใบกำกับ Order No. SM64/053335 พนักงานขาย Salesman No. 006-006 กำหนดชำระเงิน Term 60 วัน ครบกำหนด Due Date
--	--

รหัสสินค้า Product Code	รายละเอียด Description	จำนวน Quantity	หน่วยละ Unit	ส่วนลด Discount	จำนวนเงิน Amount
SMI9101516	DACLON NYLON BLACK 5/0 DS16	6	โหล	500.00	3,000.00
SMI9071512	DACLON NYLON BLUE 6/0 DS12 75CM	2	โหล	500.00	1,000.00
SMI2350137	CHROMIC CATGUT 2/0 HR37 75CM	2	โหล	700.00	1,400.00
SMIZB11	Surgical Blades Sterile #11	6	กล่อง	315.00	1,890.00

Signature
N E

**ไม่รับเปลี่ยนแปลง/คืนสินค้า
หลังจาก 15 วันนับจากวันส่งสินค้า**

ผิด ตก ยกเว้น E. & O.E.

(ใจัดพันสองร้อยเก้าสิบบาทถ้วน).

ชำระเงินโดย :
() เงินสด
() เช็คธนาคาร สาขา _____ เลขที่ _____ ลงวันที่ _____
(ในกรณีชำระเงินด้วยเช็ค โปรดส่งจ่ายและขีดคร่อมในนามบริษัทฯ เท่านั้น)

รวมเงิน Sub Total	6,813.08
ภาษีมูลค่าเพิ่ม V.A.T.	476.92
ยอดเงินสุทธิ Net Total	7,290.00

ผู้รับของ/Receiver ได้รับสินค้าตามรายการถูกต้องแล้ว วันที่/Date _____	ผู้ส่งของ/Delivered By วันที่/Date _____	ผู้รับเงิน/Collector วันที่/Date _____	ผู้จัดการ/Manager วันที่/Date _____
---	---	---	--

ใบตรวจรับการจัดซื้อ

วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔

ตาม ใบสั่งซื้อ เลขที่ ๙๖๖/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๔ โรงพยาบาลพิชัย ได้ตกลงซื้อ กับ บริษัท ไฮเอนซ์เมต จำกัด สำหรับโครงการ ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๗,๒๕๐.๐๐ บาท (เจ็ดพันสองร้อยเก้าสิบบาทถ้วน)
คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏ ดังนี้

๑. ผลการตรวจรับ

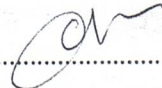
- ถูกต้อง
 - ครบถ้วนตามสัญญา
 - ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

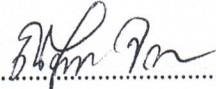
๒. ค่าปรับ


- มีค่าปรับ
- ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๗,๒๕๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ..........ประธานกรรมการ
(นางสาวอำพร ท่าพูล)

ลงชื่อ..........กรรมการ
(นางสาวณัฐินี จารุชัยนิวัฒน์)

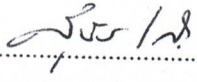
ลงชื่อ..........กรรมการ
(นางวิภาพร พานิชรุ่งโรจน์)

หมายเหตุ : เลขที่โครงการ๖๔๐๕๗๒๕๒๕๓

เลขคুমสัญญา๖๔๐๕๑๔๒๗๗๖๑๑

เลขคุมตรวจรับ ๖๔๐๕A๑๓๘๑๖๓๔

งานพัสดุ ได้รับมอบพัสดุจำนวน..๔...รายการ จากคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ พร้อมลงทะเบียนไว้เรียบร้อยแล้ว และได้มอบพัสดุดังกล่าวให้แก่เจ้าหน้าที่พัสดุไว้ถูกต้องครบถ้วนแล้ว

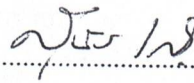
ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่พัสดุ
(นางสุนันท์ เสงฺตระกุล)

วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔

ลงชื่อ..........ผู้รับของ
(นางเฉลียว มั่งเงิน)

วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เพื่อโปรดทราบผลการตรวจรับวัสดุการแพทย์จำนวน..๔...รายการใช้งานที่โรงพยาบาลพิชัยเป็นเงิน๗,๒๙๐.๐๐ บาท (เจ็ดพันสองร้อยเก้าสิบบาทถ้วน)ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่พัสดุ
(นางสุนันท์ เสงฺตระกุล)

วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔

ความเห็นของผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรดิตถ์

- ทราบ






(นายทศนาถ อําพนนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรดิตถ์



แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค
โรงพยาบาลพิชัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๑
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลพิชัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์	
ชื่อหน่วยงาน โรงพยาบาลพิชัย อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์	
วัน/เดือน/ปี ๘ มิถุนายน ๒๕๖๔	
หัวข้อ: หน่วยงานมีมาตรการ และวางระบบเพื่อส่งเสริมความโปร่งใสในการจัดซื้อจัดจ้าง และการจัดหาพัสดุ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔	
รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) - แสดงหลักฐานชุดใบสำคัญการเบิกจ่าย ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ตามแนวทางฯ จำนวน ๒ ชุด ชุด(ที่ไม่ซ้ำกัน) ไตรมาสที่ ๓ ชุดใบสำคัญการเบิกจ่าย เดือน เมษายน ๒๕๖๔- มิถุนายน ๒๕๖๔	
หมายเหตุ : หลักฐานประกอบ EB ๔	
ผู้รับผิดชอบในการให้ข้อมูล  (นายอานนท์ ทองแถม) ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน วันที่...๘...เดือน...มิถุนายน...พ.ศ...๒๕๖๔....	ผู้อนุมัติรับรอง  (นายณรงค์ พิมพา) ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ วันที่.....๘.....เดือน.....มิถุนายน....พ.ศ...๒๕๖๔....
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นายสุวิน บุญเสื่อ) ตำแหน่ง..นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ.... วันที่.....๘.....เดือน.....มิถุนายน.....พ.ศ...๒๕๖๔....	