



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลพิชัย อำเภopiชัย จังหวัดอุดรดิติติ

ที่ อต ๐๐๓๒.๓๐๖/๒๒๑๓

วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานขอซื้อวัสดุการแพทย์

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรดิติติ

ด้วย กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลพิชัย อำเภopiชัย จังหวัดอุดรดิติติมีความประสงค์จะ ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เพื่อใช้ในการบริการผู้ป่วยและใช้ในกิจการของโรงพยาบาล

๒. รายละเอียดของพัสดุ

วัสดุการแพทย์ จำนวน ๒ รายการ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

๓. ราคาากลางของพัสดุที่จะซื้อจำนวน ๕,๖๐๐.๐๐ บาท (ห้าพันหกร้อยบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะซื้อ

เงินนอกงบประมาณจาก(เงินบำรุง) จำนวน ๕,๖๐๐.๐๐ บาท (ห้าพันหกร้อยบาทถ้วน)

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 ทำทูล

ประธานกรรมการฯ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒. นางสาวณัฐิณี จารุชัยนิวัฒน์

กรรมการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๓. นางวิภาพร พานิชรุ่งโรจน์

กรรมการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

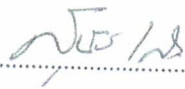
อำนาจและหน้าที่


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 เส็งตระกูล)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

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

อนุมัติ



(นายทศนาถ อำพนนวรรค์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรดิตถ์

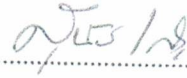
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย

โครงการ.....
หมวดรายจ่าย..... ๑. กรรณแพทย์
งบประมาณที่ได้รับ..... ๑,๕๘๘,๕๕๙.๖๖บาท
เบิกจ่ายไปแล้ว..... ๑,๘๗๖,๔๗๓.๗๐บาท
ยอดคงเหลือมา..... ๗๑๒,๐๘๕.๐๓บาท
เบิกครั้งนี้..... ๕,๖๐๐.๐๐บาท
คงเหลือสุทธิ..... ๗๐๖,๔๘๕.๐๓บาท
เห็นควรพิจารณาอนุมัติ
ผู้ตรวจสอบ..... /

ขอบเขตงานหรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ

วัสดุการแพทย์

ลำดับที่	รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ	จำนวน	หน่วยนับ	ราคา	เป็นเงิน
๑	Catgut no.๒/๐	๔	โหล	๗๐๐.๐๐	๒,๘๐๐.๐๐
๒	Catgut no.๓/๐	๔	โหล	๗๐๐.๐๐	๒,๘๐๐.๐๐
รวมทั้งสิ้น (ห้าพันหกร้อยบาทถ้วน)					๕,๖๐๐.๐๐

ลงชื่อ..........(ผู้กำหนดขอบเขตงาน)
(นางสุนันท์ เส็งตระกูล)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลพิชัย อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

ที่ อต ๐๐๓๒.๓๐๖/๒๒๒๒

วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อวัสดุการแพทย์

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาที่เสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
วัสดุการแพทย์ จำนวน ๒ รายการ	บริษัท ไฮเอนซ์เมด จำกัด	๕,๖๐๐.๐๐	๕,๖๐๐.๐๐
รวม			๕,๖๐๐.๐๐

* ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลพิชัยพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อส่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

(นางสุนันท์ เสงฺตระกุล)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(นายอานนท์ ทองแยม)
เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

อนุมัติ

(นายทศนาถ อำพนนวรรค์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์



ประกาศโรงพยาบาลพิชัย

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ โรงพยาบาลพิชัย ได้มีโครงการ ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น
วัสดุการแพทย์ จำนวน ๒ รายการ ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท โซเอนซ์เมต จำกัด (ขายปลีก) โดย
เสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๕,๖๐๐.๐๐ บาท (ห้าพันหกร้อยบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจัด
ทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายทศนาถ อำพนนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์

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. แพทย์.
 Tel. Fax.

ใบเสนอราคาเลขที่: 64-05074
 No.
 วันที่: 7 พ.ค. 2564
 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	Chromic Catgut 3/0 HR26	4	โหล	700.00	2,800.00
2	SMI	Chromic Catgut 2/0 HR37	4	โหล	700.00	2,800.00
หมายเหตุ : ราคาดังกล่าวรวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7 % Remark					รวมเงิน Sub Total	5,233.64
					ภาษีมูลค่าเพิ่ม Vat	366.36
บาท : ห้าพันหกร้อยบาทถ้วน Baht					ยอดเงินสุทธิ Net Total	5,600.00

VALIDITY (กำหนดยืนยันราคา) 60 วัน

WARRANTY (เงื่อนไขการรับประกัน)

DILIVERY (กำหนดส่งมอบสินค้า)

PAYMENT (การชำระเงิน)

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

Your faithfully,



(กิตติพิชญ์ ผลิตกรรม)

ผู้ช่วยผู้จัดการ


แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน

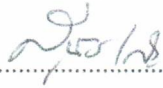
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

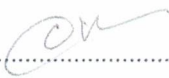
ข้าพเจ้า นายอานนท์ ทองแถม (หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวสุนันท์ เส็งตระกูล (เจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวอำพร ทำทูล (คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวณัฐินี จารุชัยนิวัฒน์ (คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า นางวิภาพร พานิชรุ่งโรจน์ (คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)

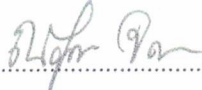
ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ตลอดเวลา 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 พานิชรุ่งโรจน์)
(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)

ใบสั่งซื้อ

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

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๐๔๓/๒๕๖๔
 วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๔
 ส่วนราชการ โรงพยาบาลพิชัย
 ที่อยู่ ม.๓ ตำบลโนนเมือง อำเภอพิชัย จังหวัดอุดรธานี
 โทรศัพท์ ๐๕๕-๘๓๒๑๐๐

ตามที่ บริษัท ไชเอนซ์เมด จำกัด ได้เสนอราคา วัสดุ โรงพยาบาลพิชัย ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	Catgut No.๒/๐	๔	โหล	๗๐๐.๐๐	๒,๘๐๐.๐๐
๒	Catgut No.๓/๐	๔	โหล	๗๐๐.๐๐	๒,๘๐๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๕,๖๐๐.๐๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๓๖๖.๓๖
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๕,๙๖๖.๓๖

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑.๘.๒๕๖๔
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลพิชัย ม.๓
- ระยะเวลาประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคาสินค้าที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัชฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อส่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๔๐๕๗๓๐๑๗๐๑ ข้อวิสตุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งซื้อ

(นายอานนท์ ทองแยม)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๔

ลงชื่อ.....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(.....)

ผู้ขาย

วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เลขที่โครงการ ๖๔๐๕๗๓๐๑๗๐๑

เลขคุมสัญญา ๖๔๐๖๑๔๐๖๓๒๔๘

Science Med

บริษัท ไชเอนซ์ เมด จำกัด SCIENCE MED CO., LTD.

เลขที่ 30/6 ซอยรามคำแหง 21 (นาคศรี) 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)
เอกสารออกใบ

รหัสลูกค้า พิษภัย Code นามลูกค้า โรงพยาบาล พิษภัย Messrs ที่อยู่ 139 หมู่ 1 ต.ในเมือง Address หมายเหตุ อ.พิษภัย จ.อุตรดิตถ์ 53120 Remark TAX.ID: 0994000480873 สำนักงานใหญ่	วันที่ Date = 7 ส.ย. 2564 เลขที่ใบกำกับ Order No. SM64/053509 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
SMI2300126	CHROMIC CATGUT 3/0 HR26 75CM	4 ไหล	700.00		2,800.00
SMI2350137	CHROMIC CATGUT 2/0 HR37 75CM	4 ไหล	700.00		2,800.00

วันที่ - 7 ส.ย. 2564
กรรมการตรวจรับ
1.....
2.....
3.....

ไม่รับเปลี่ยน/คืนสินค้า
หลังจาก 15 วันนับจากวันส่งสินค้า

ผิด ตก ยกเว้น E. & O.E.

(ห้าพันหก ร้อยบาทถ้วน).

รวมเงิน Sub Total	5,233.60
ภาษีมูลค่าเพิ่ม V.A.T. 0%	366.30
ยอดเงินสุทธิ Net Total	5,600.00

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

ผู้รับของ/Receiver ได้รับสินค้าตามรายการถูกต้องแล้ว สุรินทร์ วันที่/Date _____	ผู้ส่งของ/Delivered By P.F. วันที่/Date _____	ผู้รับเงิน/Collector วันที่/Date _____	ผู้จัดการ/Manager วันที่/Date _____
---	---	---	--

Science Med

บริษัท ไชเอนซ์ เมด จำกัด SCIENCE MED CO., LTD.

เลขที่ 30/6 ซอยรามคำแหง 21 (นวมศรี) 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

เอกสารออกเป็น

รหัสลูกค้า พิชัย Code นามลูกค้า โรงพยาบาล พิชัย Messrs ที่อยู่ 139 หมู่ 1 ต.ในเมือง Address อ.พิชัย จ.อุดรธานี 53120 หมายเหตุ Remark TAX.ID: 0994000480873 สำนักงานใหญ่	วันที่ Date เลขที่ใบกำกับ Order No. SM64/053509 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
SMI2300126	CHROMIC CATGUT 3/0 HR26 75CM	4 ไทล	700.00		2,800.00
SMI2350137	CHROMIC CATGUT 2/0 HR37 75CM	4 ไทล	700.00		2,800.00

**ไม่รับเปลี่ยน/คืนสินค้า
หลังจาก 15 วันนับจากวันส่งสินค้า**

ผิด ตก ยกเว้น E. & O.E.

รวมเงิน Sub Total	5,233.00
ภาษีมูลค่าเพิ่ม V.A.T.	366.00
ยอดเงินสุทธิ Net Total	5,600.00

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

ผู้รับของ/Receiver
ได้รับสินค้าตามรายการถูกต้องแล้ว
สุรินทร์
วันที่/Date _____

ผู้ส่งของ/Delivered By
PK
วันที่/Date _____

ผู้รับเงิน/Collector
วันที่/Date _____

ผู้จัดการ/Manager
Q
วันที่/Date _____

ใบตรวจรับการจัดซื้อ

วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

ตาม ใบสั่งซื้อ เลขที่ ๑๐๔๓/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๔ โรงพยาบาล
พิชัย ได้ตกลง ซื้อ กับ บริษัท โซเอ็นซ์เมต จำกัด สำหรับโครงการ ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธี
เฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๕,๖๐๐.๐๐ บาท (ห้าพันหกร้อยบาทถ้วน)
คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏ ดังนี้

๑. ผลการตรวจรับ

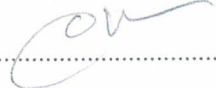
- ถูกต้อง
 ครบถ้วนตามสัญญา
 ไม่ครบถ้วนตามสัญญา


๒. ค่าปรับ

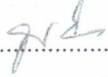
- มีค่าปรับ
 ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๕,๖๐๐.๐๐ บาท

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

ลงชื่อ..........กรรมการ
(นางสาวณัฐณี จารุชัยนิวัฒน์)

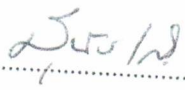
ลงชื่อ..........กรรมการ
(นางวิภากร พานิชรุ่งโรจน์)


หมายเหตุ : เลขที่โครงการ ๖๔๐๕๗๓๐๑๗๐๑

เลขคุมสัญญา ๖๔๐๖๑๔๐๖๓๒๔๘


เลขคุมตรวจรับ ๖๔๐๖A๑๑๑๐๕๒๔

งานพัสดุ ได้รับมอบพัสดุจำนวน...๒...รายการ จากคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ พร้อมลงทะเบียนไว้เรียบร้อยแล้ว และได้มอบพัสดุดังกล่าวให้แก่เจ้าหน้าที่พัสดุไว้ถูกต้องครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่พัสดุ
(นางสุนันท์ เส็งตระกูล)
วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

ลงชื่อ..........ผู้รับของ
(นางเจลิยว มั่งเงิน)
วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

เพื่อโปรดทราบผลการตรวจรับวัสดุการแพทย์จำนวน...๒...รายการใช้งานที่โรงพยาบาลพิชัยเป็นเงิน ๕,๖๐๐.๐๐ บาท (ห้าพันหกร้อยบาทถ้วน)ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่พัสดุ
(นางสุนันท์ เส็งตระกูล)
วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

ความเห็นของผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี

- ทราบ



(นายทศนาถ อ่ำพนนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลพิชัย อำเภopiชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

ที่ อต ๐๐๓๒.๓๐๖/๒๕๖๔

วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานขอซื้อวัสดุการแพทย์

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์

ด้วย กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลพิชัย อำเภopiชัย จังหวัดอุตรดิตถ์มีความประสงค์จะ ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เพื่อใช้ในการบริการผู้ป่วยและใช้ในกิจการของโรงพยาบาล

๒. รายละเอียดของพัสดุ

Alcohol hand rub ขนาด ๔๓๕ ml. จำนวน ๑๕๐ ขวด รายละเอียดตามเอกสารแนบ

๓. ราคาากลางของพัสดุที่จะซื้อจำนวน ๒๒,๕๐๐.๐๐ บาท (สองหมื่นสองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะซื้อ

เงินนอกงบประมาณจาก (เงินบำรุง) จำนวน ๒๒,๕๐๐.๐๐ บาท (สองหมื่นสองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

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 ทำทูล

ประธานกรรมการฯ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒. นางสาวณัฐฉิณี จารุชัยนิวัฒน์

กรรมการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๓. นางวิภาพร พานิชรุ้งโรจน์

กรรมการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

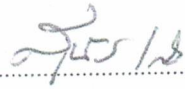
อำนาจและหน้าที่


ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

๙. ข้อเสนออื่นๆ

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงานขอซื้อดังกล่าวข้างต้น

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

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

อนุมัติ



(นายทศนาถ อ่ำพนนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย

โครงการ.....

หมวดรายจ่าย..... ๑. งบลงทุน

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

เบิกจ่ายไปแล้ว..... 3,104,509.30 บาท

ยอดคงเหลือมา..... 484,050.03 บาท

เบิกครั้งนี้..... 22,500.00 บาท

คงเหลือสุทธิ..... 461,550.03 บาท

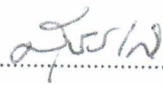
เห็นควรพิจารณาอนุมัติ

ผู้ตรวจสอบ..... /

ขอบเขตงานหรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ

วัสดุการแพทย์

ลำดับที่	รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ	จำนวน	หน่วยนับ	ราคา	เป็นเงิน
๑	Alcohol hand rub ๔๓๕ ml.	๑๕๐	ขวด	๑๕๐.๐๐	๒๒,๕๐๐.๐๐
รวมทั้งสิ้น (สองหมื่นสองพันห้าร้อยบาทถ้วน)					๒๒,๕๐๐.๐๐

ลงชื่อ..........(ผู้กำหนดขอบเขตงาน)
(นางสุนันท์ เส็งตระกูล)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลพิชัย อำเภopiชัย จังหวัดอุดรดิติติ

ที่ อด ๐๐๓๒.๓๐๖/๒๕๕๔

วันที่ ๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อวัสดุการแพทย์

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรดิติติ

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาทีเสนอ*	ราคาทีตกลงซื้อหรือจ้าง*
Alcohol hand rub ขนาด ๔๓๕ ml. จำนวน ๑๕๐ ขวด/bottle	บริษัท โพลสเฮลท์แคร์ จำกัด	๒๒,๕๐๐.๐๐	๒๒,๕๐๐.๐๐
		รวม	๒๒,๕๐๐.๐๐

* ราคาทีเสนอ และราคาทีตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทีพึง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลพิชัยพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาทีดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อส่งจ้างจากผู้เสนอราคาทีดังกล่าว

(นางสุนันท์ เสงตระกุล)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(นายอานนท์ ทองแถม)

เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

อนุมัติ

(นายทศนาถ อำนนวนรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรดิติติ



ประกาศโรงพยาบาลพิชัย

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ โรงพยาบาลพิชัย ได้มีโครงการ ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น

Alcohol hand rub ขนาด ๔๓๕ ml. จำนวน ๑๕๐ ขวด/bottle ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท โปส
เฮลท์แคร์ จำกัด (ผู้ผลิต) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๒๒,๕๐๐.๐๐ บาท (สองหมื่นสองพันห้าร้อยบาทถ้วน) รวม
ภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๗ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายทศนาถ อําพนนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรดิตถ์


ที่ P05 72109/06/2564
เรื่อง เสนอราคาสินค้า
เรียน ผู้อำนวยการ
ร.พ.พิชัย จ.อุตรดิตถ์

7 มิ.ย. 2564

บริษัท โพลเฮลท์แคร์ จำกัด ขอเสนอราคา ดังนี้

PRODUCT	จำนวน	ขนาดบรรจุ	ราคาต่อหน่วย	ราคารวม
VIRULEX Hand Sanitizer Gel (435 ml.)	150	1 ขวด	150.00	22,500.00
			มูลค่าสินค้า	21,028.04
			ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%	1,471.96
			จำนวนเงินที่ต้องชำระ	22,500.00

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอขอบคุณที่ท่านได้กรุณาสนับสนุน ในวาระนี้ของ "POSE" มาด้วยดี ซึ่งทางบริษัทฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับใช้ท่านอีกในโอกาส ต่อ ๆ ไป

ขอแสดงความนับถือ
บริษัท โพลเฮลท์แคร์ จำกัด

(ภก.ดร. พิสิฐ อู่รุ่งโรจน์)
กรรมการผู้จัดการ

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน

ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า นายอานนท์ ทองแยม (หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวสุนันท์ เส็งตระกูล (เจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวอำพร ทำทูล (คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวณัฐินี จารุชัยนิวัฒน์ (คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า นางวิภาพร พานิชรุ้งโรจน์ (คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม 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.....
(นางสุนันท์ เส็งตระกูล)
(เจ้าหน้าที่พัสดุ)

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

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

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

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท โปสเฮลท์แคร์ จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๑ ซอยรามอินทรา ๑๐๗ ถนนรามอินทรา
แขวงคันนายาว เขตคันนายาว กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๓๐
โทรศัพท์ ๐-๒๙๑๗-๘๖๘๑-๔
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๓๐๐๐๒๒๕๐

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๑๔๑/๒๕๖๔
วันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๔
ส่วนราชการ โรงพยาบาลพิชัย
ที่อยู่ ม.๓ ตำบลในเมือง อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์
โทรศัพท์ ๐๕๕-๘๓๒๑๐๐

ตามที่ บริษัท โปสเฮลท์แคร์ จำกัด ได้เสนอราคา ไร้ออ โรงพยาบาลพิชัย ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	Alcohol hand rub ขนาด ๔๓๕ ml.	๑๕๐	ขวด/bottle	๑๕๐.๐๐	๒๒,๕๐๐.๐๐
(สองหมื่นสองพันห้าร้อยบาทถ้วน)				รวมเป็นเงิน	๒๒,๕๐๐.๐๔
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑,๔๗๑.๙๖
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๒๒,๕๐๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
 - ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๕๖๔
 - สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลพิชัย ม.๓
 - ระยะเวลาประกัน -
 - สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
 - ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
 - การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ
- หมายเหตุ :
- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัชฎาการ หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
 - ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๔๐๖๗๑๑๔๙๙๙ ชื่อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งซื้อ

(นายอานนท์ ทองแถม)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๔

ลงชื่อ.....ผู้รับใบสั่งซื้อ

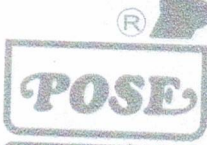
(.....)

ผู้ชาย

วันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๔

เลขที่โครงการ ๖๔๐๖๗๑๑๑๙๙๙๙

เลขคุมสัญญา ๖๔๐๖๑๔๓๗๙๙๙๙๗



บริษัท โปส เฮลท์ แคร์ จำกัด
POSE HEALTH CARE LIMITED

สำนักงานใหญ่ : 1 ซอยรามอินทรา 107 ถนนรามอินทรา
แขวงคันนายาว เขตคันนายาว กรุงเทพฯ 10230
โทร. 0-2917-8681-4 Fax. 0-2917-8685
E-mail : posehealthcare@hotmail.com

[สำนักงานใหญ่]

ใบส่งของ

3

(ไม่ใช่ใบกำกับภาษี) เอกสารออกเป็นชุด

ขายให้ เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี: 0994002457259
SOLD TO.

ร. พ. พิชัย

อ. พิชัย

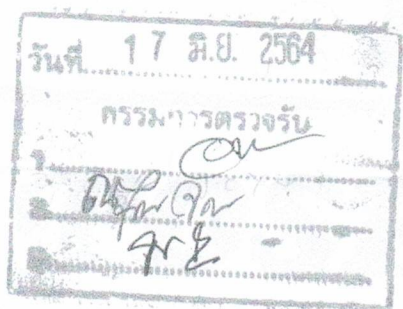
จ. อัครดิษฐ์

สำนักงานใหญ่

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105530002250

รหัสลูกค้า CUSTOMER NO.	แผนก DEPARTMENT	เลขที่ NUMBER
311003	1	72109
วัน-เดือน-ปี DATE	กำหนดชำระเงิน DUE DATE	พนักงานขาย/เขต SALEMAN/AREA
17 มิ.ย. 2564	120 วัน	P05 ออ

ปริมาณ QUANTITY	ขนาด แบบ SIZE FORM	รหัสสินค้า CODE	รายการสินค้า DESCRIPTION	เลขที่ Lot LOT NO.	ราคาต่อหน่วย UNIT PRICE	รวมเงิน AMOUNT
150	1ขวด	VHSG435E	VIRULEX Hand Sanitizer Gel (435 ml.)	D001	150.00	22,500.00



ผิด ตก ยกเว้น E. & O.E.

<ul style="list-style-type: none"> โปรดตรวจสอบสินค้าที่ได้รับอยู่ในสภาพเรียบร้อย และมีจำนวนถูกต้องตามที่ได้ตกลง สั่งซื้อกับบริษัทฯ หากผิดพลาด กรุณาแจ้งให้บริษัททราบภายใน 15 วัน หากพ้นกำหนด ดังกล่าวแล้ว บริษัทถือว่าท่านได้รับสินค้าไว้ถูกต้องแล้ว กรณีเปลี่ยนยี่ห้อจะต้องเปลี่ยนก่อนขามาขออย่างน้อย 6 เดือน บริษัทฯ จะรับเปลี่ยนเฉพาะสินค้าที่ท่านซื้อจากบริษัทเท่านั้น 	<p>รวมราคาสินค้า 22,500.00</p> <p>มูลค่าสินค้า 21,028.04</p> <p>ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% 1,471.96</p> <p>จำนวนเงินที่ต้องชำระ 22,500.00</p>
---	---

บาท (สองหมื่นสองพันห้าร้อยบาทถ้วน)
BAHT

จำนวนกล่อง 55	น้ำหนัก 84	ผู้บรรจุ	ผู้ตรวจ	<p>ในนาม บริษัท โปสเฮลท์แคร์ จำกัด FOR POSE HEALTH CARE LIMITED</p> <p>ผู้รับมอบอำนาจ AUTHORIZED SIGNATURE</p>
<p>ได้รับสินค้าตามรายการข้างบนนี้ในสภาพ เรียบร้อยทุกประการ</p> <p>ผู้รับสินค้า..... สุนันท์</p> <p>วันที่..... 17 มิ.ย. 2564</p>		<p>ผู้ส่งสินค้า.....</p> <p>วันที่.....</p>		

ใบตรวจรับการจัดซื้อ

วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

ตามใบสั่งซื้อ เลขที่ ๑๑๔๑/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๔ โรงพยาบาลพิชัย ได้ตกลงซื้อ กับ บริษัท โปสเฮลท์แคร์ จำกัด สำหรับโครงการ ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๒๒,๕๐๐.๐๐ บาท (สองหมื่นสองพันห้าร้อยบาทถ้วน) คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏ ดังนี้

๑. ผลการตรวจรับ


- ถูกต้อง
- ครบถ้วนตามสัญญา
- ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

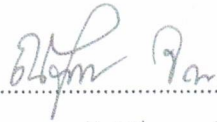
๒. ค่าปรับ


- มีค่าปรับ
- ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๒๒,๕๐๐.๐๐ บาท

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

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

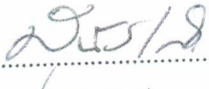
ลงชื่อ..........กรรมการ
(นางวิภาพร พานิชรุ่งโรจน์)


หมายเหตุ : เลขที่โครงการ๖๔๐๖๗๑๑๙๙๙๙

เลขคูมสัญญา๖๔๐๖๑๑๓๗๙๔๔๗

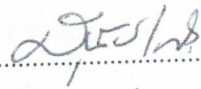
เลขคูมตรวจรับ ๖๔๐๖A๑๑๓๗๙๔๔๐

งานพัสดุ ได้รับมอบพัสดุจำนวน...๑...รายการ จากคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ พร้อมลงทะเบียนไว้เรียบร้อยแล้ว และได้มอบพัสดุดังกล่าวให้แก่เจ้าหน้าที่พัสดุไว้ถูกต้องครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่พัสดุ
(นางสุนันท์ เส็งตระกูล)
วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

ลงชื่อ..........ผู้รับของ
(นางเฉลียว มั่งเงิน)
วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

เพื่อโปรดทราบผลการตรวจรับวัสดุการแพทย์จำนวน...๑...รายการใช้งานที่โรงพยาบาลพิชัยเป็นเงิน ๒๒,๕๐๐.๐๐ บาท (สองหมื่นสองพันห้าร้อยบาทถ้วน) / ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่พัสดุ
(นางสุนันท์ เส็งตระกูล)
วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

ความเห็นของผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี

- ทราบ


(นายทศนาถ อ่ำพนนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลพิชัย อำเภopiชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ โทร. ๐ ๕๕๘๓ ๒๑๐๐

ที่ อต ๐๐๓๒.๓๐๖/๒๗๕๒

วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานขอซื้อวัสดุการแพทย์

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์

ด้วย กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลพิชัย อำเภopiชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ โทร. ๐ ๕๕๘๓ ๒๑๐๐ มีความประสงค์จะ ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นต้องซื้อ

เพื่อใช้ในการบริการผู้ป่วยและใช้ในกิจการของโรงพยาบาล

๒. รายละเอียดของพัสดุ

วัสดุการแพทย์ จำนวน ๒ รายการ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

๓. ราคาากลางของพัสดุที่จะซื้อจำนวน ๕,๗๘๐.๐๐ บาท (ห้าพันเจ็ดร้อยแปดสิบบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะซื้อ

เงินนอกงบประมาณจาก (เงินบำรุง) จำนวน ๕,๗๘๐.๐๐ บาท (ห้าพันเจ็ดร้อยแปดสิบบาทถ้วน)

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 ทำทูล

ประธานกรรมการฯ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒. นางสาวณัฐินี จารุชัยนิวัฒน์

กรรมการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๓. นางวิภาพร พานิชรุ้งโรจน์

กรรมการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

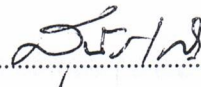
อำนาจและหน้าที่


ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

๙. ข้อเสนออื่นๆ

ตามคำสั่งจังหวัดอุดรธานีที่ 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 เส็งตระกูล)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

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

อนุมัติ



(นายทศนาถ อัมพนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย

โครงการ.....

หมวดรายจ่าย..... ๑. การแพทย์.....

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

เบิกจ่ายไปแล้ว..... 3,387,986.10 บาท

ยอดคงเหลือมา..... 200,572.63 บาท

เบิกครั้งนี้..... 5780.00 บาท

คงเหลือสุทธิ..... 194,792.63 บาท


เห็นควรพิจารณาอนุมัติ

ผู้ตรวจสอบ..... /.....

ขอบเขตงานหรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ

วัสดุการแพทย์

ลำดับที่	รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ	จำนวน	หน่วยนับ	ราคา	เป็นเงิน
๑	Cotton Ball เล็ก	๖๐	ห่อ	๖๘.๐๐	๔,๐๘๐.๐๐
๒	Cotton Ball ใหญ่	๒๕	ห่อ	๖๘.๐๐	๑,๗๐๐.๐๐
รวมทั้งสิ้น (ห้าพันเจ็ดร้อยแปดสิบบาทถ้วน)					๕,๗๘๐.๐๐

ลงชื่อ..........(ผู้กำหนดขอบเขตงาน)
(นางสุนันท์ เส็งตระกูล)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลพิชัย อำเภopiชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ โทร. ๐ ๕๕๘๓ ๒๑๐๐

ที่ อต ๐๐๓๒.๓๐๖/๒๗๖๒

วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อวัสดุการแพทย์

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาข้อเสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
วัสดุการแพทย์ จำนวน ๒ รายการ	บริษัท ไทยก๊อส จำกัด	๕,๗๘๐.๐๐	๕,๗๘๐.๐๐
รวม			๕,๗๘๐.๐๐

* ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลพิชัยพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อสิ่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

(นางสุนันท์ เส็งตระกูล)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(นายอานนท์ ทองแยม)
เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

อนุมัติ

(นายทศนาถ อ่าพนนวรรรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์



ประกาศจังหวัดอุดรดิตถ์

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ โรงพยาบาลพิชัย ได้มีโครงการ ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น

วัสดุการแพทย์ จำนวน ๒ รายการ ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท ไทยก๊อส จำกัด (ผู้ผลิต) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๕,๗๘๐.๐๐ บาท (ห้าพันเจ็ดร้อยแปดสิบบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายทศนาถ อําพนนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรดิตถ์

เรียน/To: ท่านผู้อำนวยการ
โรงพยาบาล พิชัย

เลขที่/No. : QT6405729

วันที่/Date :

หน้าที่ 1 / 1

รหัสสินค้า Product Code	รายการ Description	จำนวน Quantity	ราคาต่อหน่วย Unit Price	จำนวนเงิน Amount
CB035	ผ้าสี่ก๊อซ ขนาด 0.35 กรัม (บรรจุ 450 กรัม)	60 ห่อ	68.00	4,080.00
CB140	ผ้าสี่ก๊อซ ขนาด 1.40 กรัม (บรรจุ 450 กรัม)	25 ห่อ	68.00	1,700.00
รวมมูลค่าสินค้า / TOTAL				5,401.87
ภาษีมูลค่าเพิ่ม / VAT				378.13
บาท BAHT (ห้าพันเจ็ดร้อยแปดสิบบาทถ้วน)				ยอดรวมทั้งหมด GRAND TOTAL 5,780.00

ยื่นราคา 30 วัน
ส่งของ 30 วัน
ชำระเงิน 30 วัน

บริษัท ไทยก๊อซ จำกัด
THAI GAUZE CO., LTD.

ขอแสดงความนับถือ



.....นายสุวิมล ไชยกุลวงค์ (ผู้จัดการทั่วไป).....

ผู้รับมอบอำนาจ / Authorized Signature

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน

ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า นายอานนท์ ทองแยม.....(หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวสุนันท์ เส็งตระกูล.....(เจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวอำพร ทำทูล.....(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวณัฐินี จารุชัยวิวัฒน์.....(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า นางวิภาพร พานิชรุ่งโรจน์.....(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)

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

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

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

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

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

ลงนาม.....
(นางสาวณัฐินี จารุชัยวิวัฒน์)
(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)

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

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท ไทยก๊อส จำกัด
 ที่อยู่ เลขที่ ๑๒๓ ถนนกาญจนาภิเษก
 แขวงประเวศ เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๕๐
 โทรศัพท์ ๐-๒๑๘๖-๙๗๐๒-๓
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๒๕๐๐๙๑๔๔

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๑๗๙/๒๕๖๔
 วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๔
 ส่วนราชการ โรงพยาบาลพิชัย
 ที่อยู่ ม.๓ ตำบลในเมือง อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์
 โทรศัพท์ ๐๕๕-๘๓๒๑๐๐

ตามที่ บริษัท ไทยก๊อส จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลพิชัย ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	Cotton Ball เล็ก	๖๐	ห่อ	๖๘.๐๐	๔,๐๘๐.๐๐
๒	Cotton Ball ใหญ่	๒๕	ห่อ	๖๘.๐๐	๑,๗๐๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๕,๔๐๑.๘๗
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๓๗๘.๑๓
(ห้าพันเจ็ดร้อยแปดสิบบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๕,๗๘๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ 17 ก.ค. 2564
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลพิชัย ม.๓
- ระยะเวลาประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคาสั่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ:

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๔๐๖๗๓๐๐๔๙๔ ชื่อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งซื้อ

(นายอานนท์ ทองแถม)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

ลงชื่อ.....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(.....)

ผู้ขาย

วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

เลขที่โครงการ ๖๔๐๖๗๓๐๐๔๙๔

เลขคุมสัญญา ๖๔๐๗๑๔๐๘๔๘๗๕

เอกสารออกเป็นชุด

ขายให้/Sold to:
 โรงพยาบาล พิชัย
 139 หมู่ 1 ต.ในเมือง อ.พิชัย
 จ.อุตรดิตถ์ 53120

เลขที่/No. : IV6422165 หน้าที่ 1 / 1
 วันที่/Date : ๕ 1 ก.ค. 2564
 รหัสลูกค้า/Cust. Code : PIC-V
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี/ TAX ID. NO. : 0994000480873 สำนักงานใหญ่

เลขที่ใบสั่งขาย/SO No.	พนักงานขาย/Sale Rep.	การชำระเงิน/Payment Term	วันที่ครบกำหนด/Due Date
SO64061964	609-ธนัชพร	60 - Cr 60 Days	

รหัสสินค้า Product Code	รายการ Description	จำนวน Quantity	ราคาต่อหน่วย Unit Price	จำนวนเงิน Amount
CB035	สำลีก้อน ขนาด 0.35 กรัม (บรรจุ 450 กรัม)	60 ห่อ	68.00	4,080.00
CB140	สำลีก้อน ขนาด 1.40 กรัม (บรรจุ 450 กรัม)	25 ห่อ	68.00	1,700.00
	- คลังพัสดุการแพทย์			

วันที่ ๕ 1 ก.ค. 2564
 กรมสรรพากร
 1. *[Signature]*
 2. *[Signature]*
 3. *[Signature]*

รวมมูลค่าสินค้า / TOTAL	5,401.87
ภาษีมูลค่าเพิ่ม / VAT ^{7%}	378.13
ยอดรวมทั้งหมด GRAND TOTAL	5,780.00

บาท (ห้าพันเจ็ดร้อยแปดสิบบาทถ้วน)
 BAHT

ได้รับสินค้าตามรายการข้างต้นนี้ถูกต้องในสภาพเรียบร้อยดี
 Received the above goods in good order & condition.

วันที่ ๕ 1 ก.ค. ๒๕๖๔
 ผู้รับสินค้า/Receiver

[Signature]
 ผู้ส่งสินค้า/Deliverer

วันที่/Date *

บริษัท ไทยก๊อซ จำกัด
THAI GAUZE CO., LTD.

[Signature]
 ผู้รับมอบอำนาจ/Authorized Signature

ใบกรณีใบกำกับภาษีไม่ถูกต้องกรุณาติดต่อผู้ซื้อเพื่อแก้ไขภายใน 7 วัน มิฉะนั้นทางบริษัทฯ จะถือว่าใบกำกับภาษีถูกต้องและสมบูรณ์แล้ว

ขายให้/Sold to:

โรงพยาบาล พิชัย

139 หมู่ 1 ต.ในเมือง อ.พิชัย

จ.อุตรดิตถ์ 53120

เลขที่/No. :

IV6422165

หน้าที่ 1 / 1

วันที่/Date :

รหัสลูกค้า/Cust. Code :

PIC-V

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี/ TAX ID. NO. : 0994000480873 สำนักงานใหญ่

เลขที่ใบสั่งขาย/SO.No.

SO64061964

พนักงานขาย/Sale Rep.

609-ธนัชพร

การชำระเงิน/Payment Term

60 - Cr 60 Days

วันที่ครบกำหนด/Due Date

รหัสสินค้า

Product Code

รายการ

Description

จำนวน

Quantity

ราคาต่อหน่วย

Unit Price

จำนวนเงิน

Amount

CR035

สำลีก้อน ขนาด 0.35 กรัม (บรรจุ 450 กรัม)

60 ห่อ

68.00

4,080.00

CR140

สำลีก้อน ขนาด 1.40 กรัม (บรรจุ 450 กรัม)

25 ห่อ

68.00

1,700.00

- คลังพัสดุการแพทย์

Handwritten signature and initials

รวมมูลค่าสินค้า / TOTAL

5,401.87

ภาษีมูลค่าเพิ่ม / VAT 7 %

378.13

บาท (ห้าพันเจ็ดร้อยแปดสิบบาทถ้วน)

BAHT

ยอดรวมทั้งหมด

GRAND TOTAL

5,780.00

ได้รับสินค้าตามรายการข้างต้นนี้ถูกต้องในสภาพเรียบร้อยดี
 Received the above goods in good order & condition.

บริษัท ไทยก๊อส จำกัด
THAI GAUZE CO., LTD.

Handwritten signature

ผู้รับสินค้า/Receiver

ผู้ส่งสินค้า/Deliverer

วันที่/Date

ผู้รับมอบอำนาจ/Authorized Signature

ใบกรณีใบกำกับภาษีไม่ถูกต้องกรุณาติดต่อบัญชีเพื่อแก้ไขภายใน 7 วัน มิฉะนั้นทางบริษัทฯ จะถือว่าใบกำกับภาษีถูกต้องและสมบูรณ์แล้ว

ใบตรวจรับการจัดซื้อ

วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔

ตาม ใบสั่งซื้อ เลขที่ ๑๑๗๙/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๔ โรงพยาบาล
พิชัย ได้ตกลง ซื้อ กับ บริษัท ไทยก๊อส จำกัด สำหรับโครงการ ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธี
เฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๕,๗๘๐.๐๐ บาท (ห้าพันเจ็ดร้อยแปดสิบบาทถ้วน)

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏ ดังนี้

๑. ผลการตรวจรับ

- ถูกต้อง
 - ครบถ้วนตามสัญญา
 - ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

๒. ค่าปรับ


- มีค่าปรับ
- ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๕,๗๘๐.๐๐ บาท

ลงชื่อ..........ประธานกรรมการ
(นางสาวอำพร ทำพูล)

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


ลงชื่อ..........กรรมการ
(นางวิภาพร ปานิชรุ่งโรจน์)


หมายเหตุ : เลขที่โครงการ๖๔๐๖๗๓๐๐๔๙๔

เลขคุมสัญญา๖๔๐๗๑๔๐๘๔๘๗๕


เลขคุมตรวจรับ ๖๔๐๗A๑๑๓๓๘๑๕

งานพัสดุ ได้รับมอบพัสดุจำนวน...๒... รายการ จากคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ พร้อมลงทะเบียนไว้เรียบร้อยแล้ว และได้มอบพัสดุดังกล่าวให้แก่เจ้าหน้าที่พัสดุไว้ถูกต้องครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่พัสดุ
(นางสุนันท์ เส็งตระกูล)
วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔

ลงชื่อ..........ผู้รับของ
(นางเฉลียว มั่งเงิน)
วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔

เพื่อโปรดทราบผลการตรวจรับวัสดุการแพทย์จำนวน...๒...รายการใช้งานที่โรงพยาบาลพิชัยเป็นเงิน ๕,๗๘๐.๐๐ บาท (ห้าพันเจ็ดร้อยแปดสิบบาทถ้วน)ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่พัสดุ
(นางสุนันท์ เส็งตระกูล)
วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔

ความเห็นของผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรดิตถ์

- ทราบ



(นายทศนาถ อำพนนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรดิตถ์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลพิชัย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ โทร. ๐ ๕๕๘๓ ๒๑๐๐

ที่ อต ๐๐๓๒.๓๐๖/๒๗๕๕

วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานขอซื้อวัสดุการแพทย์

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ

ด้วย กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลพิชัย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ โทร. ๐ ๕๕๘๓ ๒๑๐๐ มีความประสงค์จะ ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เพื่อใช้ในการบริการผู้ป่วยและใช้ในกิจการของโรงพยาบาล

๒. รายละเอียดของพัสดุ

วัสดุการแพทย์ จำนวน ๖ รายการ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

๓. ราคาากลางของพัสดุที่จะซื้อจำนวน ๒๑,๔๗๐.๐๐ บาท (สองหมื่นหนึ่งพันสี่ร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะซื้อ

เงินนอกงบประมาณจาก (เงินบำรุง) จำนวน ๒๑,๔๗๐.๐๐ บาท (สองหมื่นหนึ่งพันสี่ร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)

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 ทำทูล

ประธานกรรมการฯ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒. นางสาวณัฐณี จารุชัยนิวัฒน์

กรรมการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๓. นางวิภาพร พานิชรุ้งโรจน์

กรรมการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

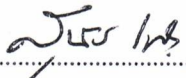
อำนาจและหน้าที่


ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

๙. ข้อเสนออื่นๆ

ตามคำสั่งจังหวัดอุดรธานีที่ 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 เส็งตระกูล)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

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

อนุมัติ



(นายทศนาถ อ่ำพนนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย

โครงการ.....

หมวดรายจ่าย..... ๑. การแพทย์

งบประมาณที่ได้รับ..... ๑,๕๘๘,๕๕๘.๕๓ บาท

เบิกจ่ายไปแล้ว..... ๓,๔๓๙,๕๕๒.๑๐ บาท

ยอดคงเหลือมา..... ๑๔๙,๐๐๖.๖๓ บาท

เบิกครั้งนี้..... ๒๑,๔๗๐.๐๐ บาท

คงเหลือสุทธิ..... ๑๒๗,๕๓๖.๖๓ บาท

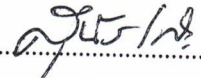
เห็นควรพิจารณาอนุมัติ

ผู้ตรวจสอบ.....

ขอบเขตงานหรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ

วัสดุการแพทย์

ลำดับที่	รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ	จำนวน	หน่วยนับ	ราคา	เป็นเงิน
๑	EKG Cream	๑๐	หลอด	๑๒๐.๐๐	๑,๒๐๐.๐๐
๒	Nebolizer ผู้ใหญ่	๓๐๐	ชุด	๔๐.๐๐	๑๒,๐๐๐.๐๐
๓	Extention No.๑๘	๑๐๐	อัน	๕.๓๐	๕๓๐.๐๐
๔	Endatracheal Tube No.๗.๕	๔๐	เส้น	๓๙.๐๐	๑,๕๖๐.๐๐
๕	AIRWAY สีเหลือง	๑๐๐	อัน	๑๘.๐๐	๑,๘๐๐.๐๐
๖	Gauze bandage ๓"	๖๐	โหล	๗๓.๐๐	๔,๓๘๐.๐๐
รวมทั้งสิ้น (สองหมื่นหนึ่งพันสี่ร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)					๒๑,๔๗๐.๐๐

ลงชื่อ..........(ผู้กำหนดขอบเขตงาน)
(นางสุนันท์ เสิงตระกูล)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลพิชัย อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

ที่ อต ๐๐๓๒.๓๐๖/๒๗๖๕

วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อวัสดุการแพทย์

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้


รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาที่เสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
วัสดุการแพทย์ จำนวน ๖ รายการ	บริษัท แอสเซนท์ เมดิคอล จำกัด	๒๑,๔๗๐.๐๐	๒๑,๔๗๐.๐๐
รวม			๒๑,๔๗๐.๐๐

* ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง


โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลพิชัยพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อส่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว


(นางสุนันท์ เสียงตระกูล)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ


(นายอานนท์ ทองแยม)
เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน

อนุมัติ

(นายทศนาถ อัมพนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์



ประกาศจังหวัดอุดรดิตถ์

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ โรงพยาบาลพิชัย ได้มีโครงการ ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น
วัสดุการแพทย์ จำนวน ๖ รายการ ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท แอสเซ็นท์ เมดิคอล จำกัด
(ขายส่ง,ขายปลีก) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๒๑,๔๗๐.๐๐ บาท (สองหมื่นหนึ่งพันสี่ร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) รวม
ภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายทศนาถ อําพนนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรดิตถ์



ASCENT MEDICAL CO.,LTD.
บริษัท แอสเซนท์ เมดิคอล จำกัด

บริษัท แอสเซนท์ เมดิคอล จำกัด ASCENT MEDICAL CO., LTD.

สำนักงานใหญ่ : 159/1 ถนนไร่เกาะตันสำโรง ตำบลพระประโทน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 73000
TEL : 034-977-174, 034-977-175 FAX : 034-977-176

ใบเสนอราคา

เสนอ โรงพยาบาลพิชัย

อำเภอพิชัย

จังหวัดอุตรดิตถ์ 53120

เรื่อง ขอเสนอราคาวัสดุการแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย

ATTN : ฝ่ายคลังพัสดุ

TEL : 055-832063

อันดับ ITEM	จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION	ชื่อการค้า BRAND NAME	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน TOTAL
1	10 หลอด	ครีมอีเคจี		120.00	1,200.00
2	300 ชุด	ชุดพ่นยา ผู้ใหญ่ (เกลียว) LOT.2005011067		40.00	12,000.00
3	100 เส้น	EXTENSION 18"		5.30	530.00
4	40 เส้น	ENDO TRACHEAL W/C NO. 7.5		39.00	1,560.00
5	100 ชิ้น	AIR WAY พลาสติก 90 MM.		18.00	1,800.00
6	60 โหล	ผ้าพันแผลแบบยึดได้ 3"		73.00	4,380.00

ราคาที่เสนอเป็นราคาที่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%

กำหนดยื่นราคาเป็นเวลา 30 วัน

ส่งสินค้าภายใน 15 วัน

ราคาสินค้า	20,065.42
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%	1,404.58
ราคารวมทั้งสิ้น	21,470.00

ขอแสดงความนับถือค่างสูง

(นางสาวเทวีกา จอมแสง)
ผู้แทนการฝ่ายการตลาด

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน

ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า นายอานนท์ ทองแยม (หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวสุนันท์ เสียงตระกูล (เจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวอำพร ทำทูล (คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวณัฐินี จารุชัยนิวัฒน์ (คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า นางวิภาพร พานิชรุ่งโรจน์ (คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)

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

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

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

ลงนาม.....
(นางสุนันท์ เสียงตระกูล)
(เจ้าหน้าที่พัสดุ)

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

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

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

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท แอสเซนท์ เมดิคอล จำกัด
 ที่อยู่ เลขที่ ๑๕๙/๑ ถนนไร่เกาะตันสำโรง
 ตำบลพระประโทน อำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม ๗๓๐๐๐
 โทรศัพท์ ๐๓๔-๙๗๗-๑๗๔, ๐๓๔-๙๗๗-๑๗๕
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๗๓๕๕๕๘๐๐๐๐๙๔

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๑๘๒/๒๕๖๔
 วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๔
 ส่วนราชการ โรงพยาบาลพิชัย
 ที่อยู่ ม.๓ ตำบลในเมือง อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์
 โทรศัพท์ ๐๕๕-๘๓๒๑๐๐

ตามที่ บริษัท แอสเซนท์ เมดิคอล จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลพิชัย ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	EKG Cream	๑๐	หลอด	๑๒๐.๐๐	๑,๒๐๐.๐๐
๒	Nebulizer ผู้ใหญ่	๓๐๐	ชุด	๔๐.๐๐	๑๒,๐๐๐.๐๐
๓	Extention No.๑๘	๑๐๐	อัน	๕.๓๐	๕๓๐.๐๐
๔	Endotracheal Tube No.๗.๕	๔๐	เส้น	๓๙.๐๐	๑,๕๖๐.๐๐
๕	AIRWAY สีเหลือง	๑๐๐	อัน	๑๘.๐๐	๑,๘๐๐.๐๐
๖	Gauze bandage ๓"	๖๐	โหล	๗๓.๐๐	๔,๓๘๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๒๐,๐๖๕.๔๒
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑,๔๐๔.๕๘
(สองหมื่นหนึ่งพันสี่ร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๒๑,๔๗๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ 17 ก.ค. 2564
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลพิชัย ม.๓
- ระยะเวลาประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๔๐๖๗๓๑๑๘๑๐ ชื่อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งซื้อ

(นายอาพันธ์ ทองแถม)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

ลงชื่อ.....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(.....)

ผู้ขาย

วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๔

เลขที่โครงการ ๖๔๐๖๗๓๑๑๘๑๐

เลขคুমสัญญา ๖๔๐๗๑๔๐๘๙๓๑๒

ใบตรวจรับการจัดซื้อ

วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔

ตาม ใบสั่งซื้อ เลขที่ ๑๑๘๒/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๔ โรงพยาบาล
พิชัย ได้ตกลง ซื้อ กับ บริษัท แอสเซ็นท์ เมดิคอล จำกัด สำหรับโครงการ ซื้อวัสดุการแพทย์ โดยวิธี
เฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๒๑,๔๗๐.๐๐ บาท (สองหมื่นหนึ่งพันสี่ร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)
คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏ ดังนี้

๑. ผลการตรวจรับ


- ถูกต้อง
 - ครบถ้วนตามสัญญา
 - ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

๒. ค่าปรับ

- มีค่าปรับ
- ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๒๑,๔๗๐.๐๐ บาท


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

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

หมายเหตุ : เลขที่โครงการ๖๔๐๖๗๓๑๑๘๑๐

เลขคูมสัญญา๖๔๐๗๑๔๐๘๙๓๑๒

เลขคูมตรวจรับ ๖๔๐๗A๑๑๓๙๐๕๒

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

งานพัสดุ ได้รับมอบพัสดุจำนวน...๖... รายการ จากคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ พร้อมลงทะเบียนไว้เรียบร้อยแล้ว
แล้ว และได้มอบพัสดุดังกล่าวให้แก่เจ้าหน้าที่พัสดุไว้ถูกต้องครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่พัสดุ

(นางสุนันท์ เส็งตระกูล)


วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔

ลงชื่อ..........ผู้รับของ

(นางเฉลียว มั่งเงิน)

วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔

เพื่อโปรดทราบผลการตรวจรับวัสดุการแพทย์จำนวน...๖...รายการใช้งานที่โรงพยาบาลพิชัยเป็นเงิน
๒๑,๔๗๐.๐๐ บาท (สองหมื่นหนึ่งพันสี่ร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง
และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่พัสดุ

(นางสุนันท์ เส็งตระกูล)

วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔

ความเห็นของผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี

- ทราบ






(นายทศนาถ อัมพนนวรรตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิชัย ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี



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

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลพิชัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์	
ชื่อหน่วยงาน โรงพยาบาลพิชัย อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์	
วัน/เดือน/ปี ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๔	
หัวข้อ: หน่วยงานมีมาตรการ และวางระบบเพื่อส่งเสริมความโปร่งใสในการจัดซื้อจัดจ้าง และการจัดหาพัสดุ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔	
รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) - แสดงหลักฐานชุดใบสำคัญการเบิกจ่าย ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่ตามแนวทางฯ จำนวน ๒ ชุด ชุด(ที่ไม่ซ้ำกัน) ไตรมาสที่ ๔ ชุดใบสำคัญการเบิกจ่าย เดือน กรกฎาคม ๒๕๖๔ – กันยายน ๒๕๖๔	
หมายเหตุ : หลักฐานประกอบ EB ๔	
ผู้รับผิดชอบในการให้ข้อมูล  (นายอานนท์ ทองแยม) ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน วันที่...๓๑...เดือน...สิงหาคม...พ.ศ...๒๕๖๔....	ผู้อนุมัติรับรอง  (นายณรงค์ พิมพา) ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ วันที่.....๓๑.....เดือน...สิงหาคม....พ.ศ...๒๕๖๔....
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นายสุวิน บุญเสื่อ) ตำแหน่ง..นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ.... วันที่.....๓๑.....เดือน.....สิงหาคม.....พ.ศ...๒๕๖๔....	