บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลแม่ออน กลุ่มงานทันตกรรม โทร ๐๕๓-๘๘๐๗๔๕ ต่อ ๑๒๓

ที่ ชม ๐๐๓๒.๓๐๒.๑๒ / ๐๐๖ **วันที่** ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานขอซื้อขอจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

ด้วย โรงพยาบาลแม่ออน กลุ่มงานทันตกรรม มีความประสงค์จะซื้อ วัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางทันตกรรม

๒. รายละเอียดของพัสดุ

๒.๑	Dental Film ผู้ใหญ่	จำนวน	๑ กล่อง
๒.๒	Diamond Bur ๘๐๑/๐๑๒ Mfg	จำนวน	๔ แผง

๓. ราคากลางของพัสดุที่จะซื้อ ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๔ ว่าด้วยเรื่องราคากลาง (๔) ราคาที่ได้มาจากการสืบราคาจากท้องตลาด

จำนวน ๒,๗๑๐.๐๐ บาท (-สองพันเจ็ดร้อยสิบบาทถ้วน-)

๔. วงเงินที่จะซื้อ

เงินนอกงบประมาณจากเงินบำรุง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

จำนวน ๒,๗๑๐.๐๐ บาท (-สองพันเจ็ดร้อยสิบบาทถ้วน-)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๑๕ วัน นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจง เนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

ผู้ตรวจรับพัสดุ

นางปิยะวรรณ ผ่องเกษม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ผู้ตรวจรับพัสดุ

อำนาจและหน้าที่

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

๙. อำนาจในการอนุมัติให้ดำเนินการในครั้งนี้ เป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ตามคำสั่งจังหวัดเชียงใหม่ ที่ ๕๐๓๖/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๒๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงานขอซื้อดังกล่าวข้างต้น

(นางสาวนงเยาว์ ประภามณฑล)
เจ้าหน้าที่

(นายสัมพันธ์ นิลยกานนท์)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ

(นายสมพล นามวงษา)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ออน
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลแม่ออน กลุ่มงานทันตกรรม โทร ๐๕๓-๘๘๐๗๔๕ ต่อ ๑๒๓

ที่ ชม ๐๐๓๒.๓๐๒.๑๒/ ๐๑๐ **วันที่** ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

ขอรายงานผลการพิจารณาการซื้อ วัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาที่เสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
ซื้อ วัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ ๒.๑ Dental Film ผู้ใหญ่ จำนวน ๑ กล่อง ๒.๒ Diamond Bur ๘๐๑/๐๑๒ Mfg จำนวน ๔ แผง	บริษัท เอส.ดี. ทันตเวช (๑๙๘๘) จำกัด	๒,๗๑๐.๐๐	๒,๗๑๐.๐๐
		รวม	๒,๗๑๐.๐๐

*ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา โรงพยาบาลแม่ออน กลุ่มงานทันตกรรม พิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

(นางสาวนงเยาว์ ประภามณฑล)
เจ้าหน้าที่

(นายสัมพันธ์ นิลยกานนท์)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ

(นายสมพล นามวงษา)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ออน
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

ประกาศจังหวัดเชียงใหม่

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคาซื้อ วัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ จังหวัดเชียงใหม่ ได้มีโครงการซื้อ วัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น วัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ

๒.๑ Dental Film ผู้ใหญ่ จำนวน ๑ กล่อง

๒.๒ Diamond Bur ๘๐๑/๐๑๒ Mfg จำนวน ๔ แผง

ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท เอส.ดี. ทันตเวช (๑๙๘๘) โดยเสนอราคาเป็นเงินทั้งสิ้น ๒,๗๑๐.๐๐ บาท (-สองพันเจ็ดร้อยสิบบาทถ้วน-) รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม และภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายสมพล นามวงษา)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ออน
ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

สำเนา

ประกาศจังหวัดเชียงใหม่

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคาซื้อ วัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ จังหวัดเชียงใหม่ ได้มีโครงการซื้อ วัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น วัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ

๒.๑ Dental Film ผู้ใหญ่ จำนวน ๑ กล่อง

๒.๒ Diamond Bur ๘๐๑/๐๑๒ Mfg จำนวน ๔ แผง

ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท เอส.ดี. ทันตเวช (๑๙๘๘) โดยเสนอราคาเป็นเงินทั้งสิ้น ๒,๗๑๐.๐๐ บาท (-สองพันเจ็ดร้อยสิบบาทถ้วน-) รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม และภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายสมพล นามวงษา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ออน

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

วันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๓

ตาม บันทึกข้อความ ที่ ชม ๐๐๓๒.๓๐๒.๑๒/ ๐๑๐ ลงวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๓ โรงพยาบาลแม่ออน ได้ตกลง ซื้อ กับ บริษัท เอส.ดี. ทันตเวช (๑๙๘๘) จำกัด สำหรับโครงการซื้อ วัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๒,๗๑๐.๐๐ บาท (-สองพันเจ็ดร้อยสิบบาทถ้วน-)

ผู้ตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงานแล้ว ผลปรากฏว่า

๑. ผลการตรวจรับ

☑ ถูกต้อง

☑ ครบถ้วนตามสัญญา

☐ ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

๒. ค่าปรับ

☐ มีค่าปรับ

☑ ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงินเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๒,๗๑๐.๐๐ บาท

(-สองพันเจ็ดร้อยสิบบาทถ้วน-)

(ลงชื่อ)..... ผู้ตรวจรับพัสดุ

(นางปิยะวรรณ ผ่องเกษม)

ทราบ

(นายสมพล นามวงษา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ออน

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

เจ้าหน้าที่คลังได้รับของแล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวธัญญวรรณ จารุจารี)

เจ้าหน้าที่คลังพัสดุ

ลงวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๓

หมายเหตุ ตามต้นฉบับใบกำกับภาษี เลขที่ A๒๐๑๐-๐๒๒๒ ลงวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๓

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงาน (วงเงินเล็กน้อยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท)
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่และผู้ตรวจรับพัสดุ

ตามบันทึกข้อความที่ ชม. ๐๐๓๒.๓๐๒.๑๒ /๐๐๖ วันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง จัดซื้อวัสดุทันตกรรม **จำนวน** ๒,๗๑๐.๐๐ บาท

ข้าพเจ้า นายสัมพันธ์ นิลยกานนท์ (หัวหน้าเจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นางสาวนงเยาว์ ประภามณฑล (เจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นางปิยะวรรณ ผ่องเกษม (ผู้ตรวจรับพัสดุ)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้อง หรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรง หรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้มีผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ทุกเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงาน เพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูลหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม ..... ลงนาม .....
(นายสัมพันธ์ นิลยกานนท์) (นางสาวนงเยาว์ ประภามณฑล)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่

ลงนาม .....
(นางปิยะวรรณ ผ่องเกษม)
ผู้ตรวจรับพัสดุ

บริษัท เอส.ดี. ทันตเวช (1988) จำกัด
S.D. TANTAVADE (1988) CO., LTD.

สำนักงานใหญ่ : 47 ซอยสามัคคี 20 ถนนสามัคคี ตำบลท่าทราย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
Head Office : 47 Soi Samakkee 20, Samakkee Road, Ta-Sai, Muang Nonthaburi 11000 Thailand
TEL. 0-2952-4815-18 FAX : 0-2952-4819
ทะเบียนการค้าเลขที่ 08 38 04935
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Tax Registered No. 0105531014391

ต้นฉบับใบกำกับภาษี
TAX INVOICE

หน้าที่ 1 / 1

เอกสารออกเป็นชุด วันที่/Date 15 08 2561

รหัสลูกค้า/Customer No. N-1 01CMI10065
ชื่อ/Name โรงพยาบาลแม่ออน
ที่อยู่/Address ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลแม่ออน อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่ 50130

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร/Tax ID. 0994000422857 โทร. 053-880-745-6

เลขที่/No. A2010-0222
พนักงานขาย/Sales 301
กำหนดชำระเงิน/Term of Payment เครดิต 30 วัน

รหัสสินค้า Code No.	รายละเอียด Description	จำนวน Quantity	ราคาต่อหน่วย Unit Price	ส่วนลด Discount	จำนวนเงิน Amount
AA-DF58	Carestream ฟิล์ม ผู้ใหญ่เดี่ยว DF-58 (150 pcs)#2	1 กล่อง	1,850.00		1,850.00
CA801M012	NTI Diamond Bur 801/012 M-FG	4 แผ่น	215.00		860.00

(สองพันเจ็ดร้อยสิบบาทถ้วน)

รวมราคาทั้งสิ้น Total	2,710.00
หัก ส่วนลด Less Discount	
ยอดหลังหักส่วนลด Total	2,532.71
จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม Value - Added - Tax 7 %	177.29
จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น Grand Total	2,710.00

ได้รับชำระค่าสินค้าแล้วด้วยความขอบคุณยิ่ง PAYMENT RECEIVED WITH THANKS
เงินสด/CASH ☐ เช็ค/CHEQUE เลขที่/NO. .....
ธนาคาร/BANK .....สาขา/BRANCH .....
วันที่/DATE .....ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน Collector

จัดโดย	ตรวจ	บรรจุโดย	ส่งโดย

ได้รับสินค้าตามรายการข้างต้นในสภาพถูกต้องเรียบร้อยแล้ว
Received the above goods in good order and condition
ชื่อ ..... ผู้รับของ Receiver วันที่ ...../...../.....

ลงชื่อ .....
ผู้จัดการ Manager

เช็คที่ชำระเงินด้วยเช็คจะสมบูรณ์ต่อเมื่อ บริษัทฯ ได้เรียกเก็บเงินตามเช็คเรียบร้อยแล้ว กรุณาจ่ายเช็คขีดคร่อม เฉพาะ A/C PAYEE ONLY เพื่อบัญชี บริษัท เอส.ดี. ทันตเวช (1988) จำกัด เท่านั้น
เช็คที่ชำระเงินด้วยธนาณัติ กรุณาสั่งจ่าย บริษัท เอส.ดี. ทันตเวช (1988) จำกัด ปณ.นนทบุรี เท่านั้น
ที่ชำระเงินด้วยการโอนเงินผ่านธนาคารกรุงไทย สาขาสยามสแควร์ บัญชีกระแสรายวันเลขที่ 052-6-06061-1 หรือ ธนาคารทหารไทย สาขาถนนสามัคคี บัญชีกระแสรายวัน เลขที่ 071-1-05318-1 จะสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้รับใบโอนเงินทางแฟกซ์เรียบร้อยแล้ว (4)
ค้าซื้อแล้วหากมีการแตกร้าว หรือขาดตกบกพร่องประการใด โปรดแจ้งให้ทางบริษัทฯ ทราบภายใน 7 วัน มิฉะนั้นบริษัทฯ จะไม่รับผิดชอบความเสียหายใด ๆ ทั้งสิ้น
ค้าตามใบส่งของ ทางบริษัทฯ จะรับเปลี่ยน หรือคืนภายใน 7 วัน นับจากวันรับสินค้า

สำหรับลูกค้า

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลแม่ออน กลุ่มการพยาบาล

ที่ ชม ๐๐๓๒.๓๐๕/๐๔ วันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานขอซื้อขอจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

ด้วย โรงพยาบาลแม่ออน กลุ่มการพยาบาล มีความประสงค์จะ ซื้อถุงมือยาง No.S จำนวน ๒๐๐ กล่อง โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เพื่อใช้ในการทำหัตถการให้ผู้ป่วย

๒. รายละเอียดของพัสดุ

๒.๑ ถุงมือยาง No.S จำนวน ๒๐๐ กล่อง

๓. ราคากลางของพัสดุที่จะซื้อตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๔ ว่าด้วยเรื่องราคากลาง (๔) ราคาที่ได้มาจากการสืบราคาจากท้องตลาด จำนวน ๒๓,๘๐๐.๐๐ บาท (สองหมื่นสามพันแปดร้อยบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะซื้อ

เงินนอกงบประมาณจากเงินบำรุง จำนวน ๒๓,๘๐๐.๐๐ บาท (สองหมื่นสามพันแปดร้อยบาทถ้วน)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๑๕ วัน นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจงเนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

ผู้ตรวจรับพัสดุ

นางพิมพรรณ ภิวงค์งาม ผู้ตรวจรับพัสดุ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

อำนาจและหน้าที่

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

๙. อำนาจในการอนุมัติให้ดำเนินการในครั้งนี้ เป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ตามคำสั่งจังหวัดเชียงใหม่ ที่ ๕๐๓๖/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๒๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงานขอซื้อดังกล่าวข้างต้น

(นางสาวสายฝน ปัญญาฟู)

เจ้าหน้าที่

(นายสัมพันธ์ นิลยกานนท์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ

(นายสมพล นามวงษา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ออน

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงาน (วงเงินเล็กน้อยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท)
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่
และผู้ตรวจรับพัสดุ
ตามบันทึกข้อความ ที่ ชม ๐๐๓๒.๓๐๕/๐๔ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง จัดซื้อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๒๓,๘๐๐.๐๐ บาท

ข้าพเจ้า นายสัมพันธ์ นิลยกานนท์ ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ (หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

ข้าพเจ้า นางสาวสายฝน ปัญญาฟู ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (เจ้าหน้าที่)

ข้าพเจ้า นางพิมพรรณ ภิวงศ์งาม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ตรวจรับพัสดุ)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้ส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้มีผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ทุกเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม .....
(นายสัมพันธ์ นิลยกานนท์)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงนาม .....
(นางสาวสายฝน ปัญญาฟู)
เจ้าหน้าที่

ลงนาม .....
(นางพิมพรรณ ภิวงศ์งาม)
ผู้ตรวจรับพัสดุ

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลแม่ออน กลุ่มการพยาบาล

ที่ ชม ๐๐๓๒.๓๐๕/๐๗ วันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อสั่งจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อถุงมือยาง No.S จำนวน ๒๐๐ กล่อง โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาที่เสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
ถุงมือยาง No.S จำนวน ๒๐๐ กล่อง/box	ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น.เทค.ซัพพลาย	๒๓,๘๐๐.๐๐	๒๓,๘๐๐.๐๐
		รวม	๒๓,๘๐๐.๐๐

* ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลแม่ออน กลุ่มการพยาบาล พิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อสั่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

(นางสาวสายฝน ปัญญาฟู)
เจ้าหน้าที่

(นายสัมพันธ์ นิลยกานนท์)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ

(นายสมพล นามวงษา)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ออน
ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

สำเนา

ประกาศจังหวัดเชียงใหม่

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อถุงมือยาง No.S จำนวน ๒๐๐ กล่อง โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ จังหวัดเชียงใหม่ ได้มีโครงการ ซื้อถุงมือยาง No.S จำนวน ๒๐๐ กล่อง โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น ถุงมือยาง No.S จำนวน ๒๐๐ กล่อง/box ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น.เทค.ซัพพลาย (ขายส่ง,ขายปลีก) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๒๓,๘๐๐.๐๐ บาท (สองหมื่นสามพันแปดร้อยบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายสมพล นามวงษา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ออน

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น.เทค.ซัพพลาย
ที่อยู่ เลขที่ ๔๗/๖๙-๗๐ ถนนโชตนา
ตำบลช้างเผือก อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐๕๓๔๐๘๗๒๔
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๕๐๓๕๓๕๐๐๔๕๘๑

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๓/๒๕๖๔
วันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๓
ส่วนราชการ โรงพยาบาลแม่ออน
ที่อยู่ ๗๕ ม๑ ตำบลบ้านสหกรณ์ อำเภอแม่ออน จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐ ๕๓๘๘ ๐๗๔๕ - ๖

ตามที่ ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น.เทค.ซัพพลาย ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลแม่ออน ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	ถุงมือยาง No.S	๒๐๐	กล่อง/box	๑๑๙.๐๐	๒๓,๘๐๐.๐๐
(สองหมื่นสามพันแปดร้อยบาทถ้วน)				รวมเป็นเงิน	๒๒,๒๔๒.๙๙
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑,๕๕๗.๐๑
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๒๓,๘๐๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

๑. กำหนดส่งมอบภายใน ๑๕ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
๒. ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๓
๓. สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลแม่ออน ๗๕ ม๑
๔. ระยะเวลารับประกัน -
๕. สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสิ่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ

๖. ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

๗. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

<u>หมายเหตุ :</u>

๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย

๒.ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๓๑๐๗๓๖๒๓๖๘ ซื้อถุงมือยาง No.S จำนวน ๒๐๐ กล่อง โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งซื้อ

(นายสัมพันธ์ นิลยกานนท์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๓

ลงชื่อ.....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นายภควัต เดชารัตน์)

พนักงานขาย

วันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๓

เลขที่โครงการ ๖๓๑๐๗๓๖๒๓๖๘

เลขคุมสัญญา ๖๓๑๐๑๔๒๖๘๑๗๘

ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

วันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๓

ตาม ใบสั่งซื้อสั่งจ้าง เลขที่ ๐๓/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๖๓ โรงพยาบาลแม่ออน ได้ตกลงซื้อ กับ ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น.เทค.ซัพพลาย สำหรับโครงการ ซื้อถุงมือยาง No.S จำนวน ๒๐๐ กล่อง โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๒๓,๘๐๐.๐๐ บาท (สองหมื่นสามพันแปดร้อยบาทถ้วน)

ผู้ตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏ ดังนี้

๑. ผลการตรวจรับ

☑ ถูกต้อง

☑ ครบถ้วนตามสัญญา

☐ ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

๒. ค่าปรับ

☐ มีค่าปรับ

☑ ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๒๓,๘๐๐.๐๐ บาท

(ลงชื่อ)..... ผู้ตรวจรับพัสดุ

(นางพิมพรรณ ภิวงค์งาม)

หมายเหตุ : เลขที่โครงการ๖๓๑๐๗๓๖๒๓๖๘

เลขคุมสัญญา๖๓๑๐๑๔๒๖๘๑๗๘

เลขคุมตรวจรับ ๖๓๑๐A๑๓๓๔๔๔๗

ทราบ

เจ้าหน้าที่คลังได้รับพัสดุแล้ว

(นางนภาภรณ์ ขำเนตร)
เจ้าหน้าที่คลังพัสดุ
วันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๓

(นายสมพล นามวงษา)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ออน
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

หมายเหตุ ตามใบกำกับภาษี/ใบส่งของ เลขที่ DSV๒๐/๐๕๕๗ ลงวันที่ ๑๒ ต.ค. ๒๕๖๓

ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น. เทค ซัพพลาย (สำนักงานใหญ่)
N.TECH SUPPLY LIMITED PARTNERSHIP

47/69 - 70 ถ.โชตนา ต.ช้างเผือก อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50300 โทร./แฟกซ์ : (053) 408724, 408317, 408328

เอกสารออกเป็นชุด

ต้นฉบับใบกำกับภาษี
(TAX INVOICE)

เลขที่ DSV20/0553

วันที่ 12 มี.ค. 2563

หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0503535004581

นามผู้ซื้อ NAME	โรงพยาบาลแม่ออน	รหัสลูกค้า CODE
ที่อยู่ ADDRESS	75 หมู่ 1 ต.บ้านสหกรณ์ อ.แม่ออน จ.เชียงใหม่ 50130	
TAX ID.	0994000650035	

อ้างถึง

เงื่อนไขการชำระเงิน
พนักงานขาย

ลำดับ NO.	รายการ DESCRIPTION	จำนวน QUANTITY	หน่วยละ UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
1	ถุงมือยาง SATORY # S ซาโตรี่	200 กล่อง	119.00	23,800.00

ผู้ตรวจรับพัสดุ
ได้ตรวจรับพัสดุเรียบร้อยแล้ว
ผู้ตรวจรับ...

ผ่านพัสดุแล้ว

ผิด ตก ยกเว้น E. & O.E.

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น 23,800.00

(สองหมื่นสามพันแปดร้อยบาทถ้วน)

ผู้ตรวจสอบ.....	ผู้ส่งสินค้า.....	ได้รับสินค้าตามรายการข้างต้นไว้ครบถ้วน ในสภาพเรียบร้อยแล้ว
วันที่.....	วันที่.....	ผู้รับสินค้า.....
		วันที่ 12 มี.ค. 2563