



บริษัท นีโอ เมดิคอล อินเตอร์เทรดดิ้ง จำกัด
 สำนักงานใหญ่ : 99/71 ถนนเสรีไทย แขวงคันนายาว
 เขตคันนายาว กรุงเทพฯ 10230
 โทร : 0-2311-0910, 081-835-1542
 แฟกซ์ : 0-2311-0390
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 0105550087757

ใบเสร็จรับเงิน
(ต้นฉบับ)
 เอกสารออกเป็นชุด
 (ไม่ใช่ใบกำกับภาษี)



เลขที่ **IV63-01353** วันที่ **22 ม.ค. 2564**

Neo Medical
 Intertrading Co.,Ltd.

ลูกค้า **H-S008-01** เลขประจำตัวผู้เสียภาษี **0994000501188**
 รหัส : **โรงพยาบาลสามง่าม**
 ชื่อลูกค้า : **โรงพยาบาลสามง่าม**
 ที่อยู่ : **สำนักงานใหญ่ 105 หมู่ 5 พิจิตร-กำแพงเพชร ตำบลสามง่าม อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร 66140**
 โทรศัพท์ : **081-8865389, 056-691228** Fax : **056-691-239 ต่อ 105**

เงื่อนไข : **30** วัน พนักงานขาย : **ฉันทิ ทวีรัตนติสกุล**

ลำดับ	รหัส	รายการ	จำนวน	หน่วยละ	รวมจำนวนเงิน
1	U403-01	Nellcor Non-Oximax Compatible, DB9 Conn., 1.1 m	1 Set(s)	4,620.00	4,620.00

จ่ายแล้ว
22 ม.ค. 2564

นายบุณ เจริญสุข
พนักงานการเงินและบัญชี

ปิด ตก ยกเว้น E. & O.E.

หมายเหตุ 1. การชำระเงินด้วยเช็คกรุณาขีดคร่อมสั่งจ่ายในนาม บริษัท นีโอ เมดิคอล อินเตอร์เทรดดิ้ง จำกัด	รวมเป็นเงิน	4,620.00
2. ใบเสร็จรับเงินจะสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้รับเงินตามเช็คเรียบร้อยแล้ว	ส่วนลด	
3. ใบเสร็จรับเงินจะสมบูรณ์ต้องมีลายเซ็นชื่อผู้รับเงินและผู้มีอำนาจ	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	4,317.70
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%	302.20

จำนวนเงิน (สี่พันหก ร้อยยี่สิบบาทถ้วน)	รวมทั้งสิ้น	4,620.00
---	-------------	----------

รับสินค้าโดย _____ / _____

จัดส่งโดย _____ / _____

เงินสด เช็ค


ธนาคาร _____ สาขา _____

เลขที่เช็ค _____ วันที่ _____

จำนวนเงิน _____

ผู้รับเงิน _____ / _____

ในนาม บริษัท นีโอ เมดิคอล อินเตอร์เทรดดิ้ง จำกัด



ลายเซ็นผู้มีอำนาจ

ใบตรวจรับพัสดุ/งานจ้าง/และรายงานการตรวจรับพัสดุ/งานจ้าง

เขียนที่ โรงพยาบาลสามง่าม

วันที่ 15 ธันวาคม 2563

ตามที่บันทึกขอความเห็นชอบของโรงพยาบาลสามง่าม ที่ พจ 0032.301/ 6400004 วันที่ 07 ธันวาคม 2563 ได้แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ(ประเภทวัสดุท่าข้ามครุภัณฑ์การแพทย์) ได้ตกลงซื้อกับ บริษัท นีโอ เมดิคอล อินเตอร์เทรดดิ้ง จำกัด โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 4,620.00 บาท (สี่พันหกร้อยยี่สิบบาทถ้วน).

ในวันนี้ คณะกรรมการผู้มีรายนามข้างท้ายนี้ได้พร้อมกันตรวจรับพัสดุ/งานจ้างดังกล่าว ณ โรงพยาบาลสามง่าม ตามใบส่งของ/ใบแจ้งหนี้เลขที่ IV63-01353 เพื่อใช้ในราชการ ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	หน่วย	จำนวน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	ราคาครั้งสุดท้าย
1	เปลี่ยนสายซารัจเบตเครื่อง O2sat Nellcor Non-Oximax Competible,DB9 Conn,1.1 m	เส้น	1.00	4,620.00	4,620.00	4,620.00
จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น					4,620.00	


เห็นว่าปริมาณและคุณภาพถูกต้องครบถ้วน ตามหลักฐานที่ตกลงไว้ และได้ส่งมอบให้แก่เจ้าหน้าที่พัสดุรับไว้เป็นการถูกต้องแล้ว เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2563 จึงพร้อมกันลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ _____ ประธานกรรมการ

ลงชื่อ  กรรมการ
น.ส.วรรณภา..เขียวขำ พยาบาลวิชาชีพ.ระดับชำนาญการ

ลงชื่อ _____ กรรมการ


รายงานของเจ้าหน้าที่พัสดุและหัวหน้าหน่วยงาน
เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร
คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ/งานจ้าง ได้ทำการตรวจรับ
เสร็จเรียบร้อยแล้ว ถูกต้องตามรายการที่ขอความเห็นชอบ จึงรับมอบไว้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ
ลงชื่อ.....  เจ้าหน้าที่ผู้รับ
จ.ส.อ.นิพนธ์ วัฒนอะลวย.จพ.รุกรการ.ระดับชำนาญการ

ลงชื่อ.....  หัวหน้าเจ้าหน้าที่
(นายสุรกรกุล สุขพันธ์อำ)

ความเห็นของผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร

ทราบ



(นายสุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์)


นายแพทย์ระดับชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสามง่าม

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสามง่าม

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ/งานจ้าง ได้ทำการตรวจรับเสร็จเรียบร้อยแล้ว ถูกต้องตามรายการที่ขอความเห็นชอบ จึงขออนุมัติจ่ายเงินได้(ตามคำสั่ง สป.ที่ 2999/2559 ลงวันที่ 30 กันยายน 2559 เรื่อง มอบอำนาจการจ่ายเงินบำรุง)

จึงเรียนมาเพื่อขออนุมัติจ่ายเงินได้
ลงชื่อ.....  เจ้าหน้าที่การเงิน
(นางก้องกุล เจริญสุข)

ลูกจ้างประจำปฏิบัติหน้าที่พนักงานการเงิน

Z86400004

R96400004

ความเห็นของผู้ชำนาญการ โรงพยาบาลสามง่าม

อนุมัติจ่ายเงินได้



(นายสุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์)

นายแพทย์ระดับชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสามง่าม

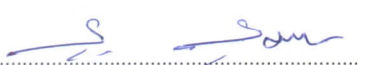


แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงาน (วงเงินเล็กน้อยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท)
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่
และผู้ตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า..... นายสุรกุล สุขพันธ์อ่ำ.....(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า..... จ.ส.อ.นิพนธ์ ชื่นอะลวย.....(เจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า..... น.ส.วรรณภา..เขียวขำ.....(ผู้ตรวจรับพัสดุ)

ขอให้รับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์
ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะการประมูล หรือผู้ที่มี
ส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วย
จิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่
ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบบุคลากรใน
หน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้
ชนะการประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม..... 
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

ลงนาม..... 
(เจ้าหน้าที่)

ลงนาม..... 
(ผู้ตรวจรับพัสดุ)



บริษัท นีโอ เมดิคอล อินเตอร์เทรดดิ้ง จำกัด
 สำนักงานใหญ่ : 99/71 ถนนเสรีไทย แขวงคันนายาว
 เขตคันนายาว กรุงเทพฯ 10230
 โทร : 0-2311-0910, 081-835-1542
 แฟกซ์ : 0-2311-0390
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 0105550087757

ใบกำกับภาษี/ใบส่งของ/ใบแจ้งหนี้
(ต้นฉบับ)
 เอกสารออกเป็นชุด



Neo Medical Intertrading Co., Ltd.

เลขที่ **IV63-01353** วันที่ **- ๗ ธ.ค. ๒๕๖๓**

ลูกค้า รหัส : **H-S008-01** เลขประจำตัวผู้เสียภาษี **0994000501188**
 ชื่อลูกค้า : **โรงพยาบาลสามง่าม**
 ที่อยู่ : **สำนักงานใหญ่ 105 หมู่ 5 พิศิตร-กานเทพพร ตำบลสามง่าม อำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร 66140**
 โทรศัพท์ : **081-8865389, 056-691228 Fax: 056-691-239 ต่อ 105**

เงื่อนไข : **30** วัน พนักงานขาย : **สันติ สิริสันติสกุล**

ลำดับ	รหัส	รายการ	จำนวน	หน่วยละ	รวมจำนวนเงิน
1	U403-01	Nellcor Non-Oximax Compatible, DB9 Conn., 1.1 m	1 Set(s)	4,620.00	4,620.00

18495/war

ได้รับพัสดุตามคำขออนุมัติ ที่ 28๖4 ๐๐๐๐๔ ลว. ๑๓๓๖๓
 จำนวน 1 รายการ เป็นเงิน 4,620 บ.
 เมื่อวันที่ 15 ธ.ค. ๖๓
 ลงชื่อ ประธานกรรมการ
 ลงชื่อ *[Signature]* กรรมการ
 ลงชื่อ *[Signature]* เจ้าหน้าที่พัสดุ
 รายงานเจ้าหน้าที่พัสดุ

จ่ายเงินแล้ว

ปิด ตก ยกเว้น E. & O.E.

หมายเหตุ 1. ได้รับสินค้าตามรายการข้างต้นถูกต้องเรียบร้อยแล้ว 2. สินค้าขายแล้วไม่รับคืน หรือแลกเปลี่ยน	รวมเป็นเงิน ส่วนลด รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7 %	4,620.00 4,317.76 302.24
--	---	------------------------------------

จำนวนเงิน (สี่พันหกร้อยยี่สิบบาทถ้วน)	รวมทั้งสิ้น	4,620.00
---------------------------------------	-------------	----------

รับสินค้าโดย **จรรยา ฟ้าฟ้า**
18 / ๑๓ / ๖๓

จำนวนเงิน **ผู้รับเงิน** / /

ธนาคาร _____ สาขา _____
 เลขที่เช็ค _____ วันที่ _____

ในนาม บริษัท นีโอ เมดิคอล อินเตอร์เทรดดิ้ง จำกัด

[Signature]
 Neo Medical Intertrading Co., Ltd.
 ลายเซ็นผู้มีอำนาจ



Neo Medical
Intertrading Co.,Ltd.

บริษัท นีโอ เมดิคอล อินเตอร์เทรดดิ้ง จำกัด

99/71 ถนนเสรีไทย แขวงคันนายาว เขตคันนายาว กรุงเทพฯ 10230

โทร : 09-0660-9600, 08-4001-9717, 08-1835-1542

แฟกซ์ : 0-2311-0390 อีเมล : info@neomedical.co.th

เว็บไซต์ : http://www.neomedical.co.th

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 0105550087757



รหัสลูกค้า
Code **H-S008-01**

เรียน
Attn **ผู้อำนวยการโรงพยาบาล**

ลูกค้า
Customer **โรงพยาบาลสามง่าม**

ที่อยู่
Address **สำนักงานใหญ่ 105 หมู่ 5 พิจิตร-กำแพงเพชร ตำบลสามง่าม อำเภอสามง่าม จังหวัด...**

โทร
Tel **081-8865389, 056-691228**

แฟกซ์
Fax **056-691-239 ต่อ 105**

ใบเสนอราคา

QUOTATION

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร / TAX ID
0105550087757

เลขที่
No. **QT63-01312**

วันที่
Date **27/10/2563**

ยื่นราคา
Valid **30** วัน
Day

กำหนดส่งมอบ
Delivery **90** วัน
Day

อ้างอิง
Ref.

พนักงานขาย
Salesman

สันติ ศิริสันติสกุล

ทางบริษัทฯ มีความยินดีที่จะเสนอราคาสินค้าดังต่อไปนี้ / Please to quote the following items

ลำดับ No.	รหัสสินค้า Code	รายการ Description	จำนวน Quantity	ราคา Unit Price	จำนวนเงิน Amount
1	U403-01	Nellcor Non-Oximax Compatible, DB9 Conn., 1.1 m	1 Set(s)	4,620.00	4,620.00

จ่ายเงินแล้ว

หมายเหตุ
Remark 1. ราคาสินค้าที่เสนอรวม (VAT) 7% แล้ว
2. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมติดต่อคุณสันติ เบอร์ 08-6420-5555 ค่ะ

รวม / Total **4,620.00**
ส่วนลด / Discount
มูลค่าสินค้า / Value Amount **4,317.76**
ภาษีมูลค่าเพิ่ม / Vat 7 % **302.24**

(สี่พันหกร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

สุทธิ / Net Amount **4,620.00**

บริษัทฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้ให้บริการในเร็ววันนี้ / We look forward to service you our best soon

ผู้อนุมัติสั่งซื้อ
Authorized

วันที่ / /
Date

นิกา อายูร์มิณี

ผู้อนุมัติ / Authorized

โรงพยาบาลสามง่าม

ใบสั่งซื้อ/จ้าง

เลขที่ พจ 0032.301/ Z86400004
วันที่ 07 ธันวาคม 2563

เรียน ผู้จัดการ บริษัท นีโอ เมดิคอล อินเตอร์เทคดิง จำกัด
โรงพยาบาลสามง่าม ขอซื้อ/จ้าง ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	ราคา/หน่วย	จำนวน	เป็นเงิน	ราคาครั้ง สุดท้าย	หมายเหตุ
1	เปลี่ยนสายชาร์จแบตเตอรี่เครื่อง O2sat Nellcor Non-Oximax Competible, DB9 Conn, 1.1 m	4,620.00	1	4,620.00	1,200.00	
		รวมเป็นเงิน ภาษีมูลค่าเพิ่ม 0 % จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น		4,620.00 0.00 4,620.00		

รวม 1 รายการ เป็นเงินทั้งสิ้น 4,620.00 บาท (สี่พันหกร้อยยี่สิบบาทถ้วน).

การสั่งซื้อ/จ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน 30 วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ 06 มกราคม 2564
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลสามง่าม 104 ม.5 ต.สามง่าม อ.สามง่าม จ.พิจิตร 66140
- ระยะเวลาประกัน 15 วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ 0.2 ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบแต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ 100.00 บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้รับจ้างจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- ผู้กรณจ้าง ผู้จ้างจะต้องไม่เอางานทั้งหมดหรือแต่บางส่วนแห่งสัญญาไปจ้างช่วงอีกทอดหนึ่ง เว้นแต่การจ้างช่วงงานแต่บางส่วนที่ได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากผู้ว่าจ้างแล้ว การที่ผู้ว่าจ้างได้อนุญาตให้จ้างช่วงงานแต่บางส่วนดังกล่าวนี้ ไม่เป็นเหตุให้ผู้รับจ้างหลุดพ้นจากความรับผิดชอบหรือพ้นหน้าที่ตามสัญญา และผู้รับจ้างจะยังคงต้องรับผิดชอบในความคิด และความประมาทเลินเล่อของผู้รับจ้างช่วง หรือของตัวแทนหรือลูกจ้างของผู้รับจ้างช่วงนั้นทุกประการ กรณีผู้รับจ้าง ไปจ้างช่วงงานแต่บางส่วนโดยฝ่าฝืนความในวรรคหนึ่ง ผู้รับจ้างต้องชำระค่าปรับให้แก่ผู้ว่าจ้างเป็นจำนวนเงินในอัตราร้อยละ 10 (สิบ) ของวงเงินของงานที่จ้างช่วงตามสัญญา ทั้งนี้ ไม่ตัดสิทธิผู้ว่าจ้างในการบอกเลิกสัญญา
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ _____

(ลงชื่อ).....พยาน

(นายสุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์)

นายแพทย์ระดับชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสามง่าม

(ลงชื่อ).....ผู้ซื้อ/ผู้ว่าจ้าง

(นายสุรกุล สุขพันธ์อ้อ)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ).....พยาน

จ.ส.อ.นิพนธ์ ชื่นอะลวย.จพ.ธุรการ.ระดับชำนาญงาน



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสามง่าม

ที่ พจ 0032.301/

วันที่

- ๗ ธ.ค. ๒๕๖๓

เรื่อง การจัดซื้อ ค่าซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสามง่าม

ตามที่ฝ่าย กลุ่มบริหาร มีความประสงค์จะดำเนินการจัดซื้อ ค่าซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์ ดังนี้

ที่	รายการ	หน่วยนับ	จำนวน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	ราคาครั้ง สุดท้าย	ราคากลาง/ มาตรฐาน
1	เปลี่ยนสายชาร์จแบตเตอรี่เครื่อง O2sat	เส้น	1.00	4,620.00	4,620.00	1,200.00	0.00
จำนวน 1 รายการ					จำนวนเงิน	4,620.00	
					ภาษีมูลค่าเพิ่ม 0 %	0.00	
					จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น	4,620.00	

คณะกรรมการฯ ได้สืบราคาวัสดุ ในการจัดซื้อดังกล่าว มีรายละเอียดตามใบเสนอราคา1....ร้าน ดังนี้

- 1)..... บริษัท นีโอ เมดิคอล อินเตอร์เทรดดิ้ง จำกัด ราคา 4,620.00บาท
- 2)..... ราคาบาท
- 3)..... ราคาบาท
- 4)..... ราคาบาท
- 5)..... ราคาบาท

คณะกรรมการพิจารณาราคาแล้วเห็นควรจัดซื้อจาก..... บริษัท นีโอ เมดิคอล อินเตอร์เทรดดิ้ง จำกัด ราคา 4,620.00บาท

เกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาคัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลสามง่ามพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อส่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

ตัวหนังสือ (สี่พันหกร้อยยี่สิบบาทถ้วน).

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสามง่าม

เพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....

(จ.ส.อ.นิพนธ์ ชื่นอะควย.จพ.ธุรการ.ระดับชำนาญงาน)
เจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....

(นายสุรกุล สุขพันธ์อ่ำ)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ความเห็นเพิ่มเติม.....

ลงชื่อ.....

(นางสมบุญ สิมทรัพย์)
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ

ลงชื่อ.....กรรมการ

จ.ส.อ.นิพนธ์ ชื่นอะควย.จ

ลงชื่อ.....กรรมการ

ความเห็นผู้อำนวยการ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

(นายสุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์)

นายแพทย์ระดับชำนาญการพิเศษ รักษาการ ในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสามง่าม



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสามง่าม

ที่ พจ 0032.301/

6400004

วันที่

๔ ธ.ค. ๒๕๖๓

รหัสหมวดรายจ่าย

420

เรื่อง ขออนุมัติ ซื้อ จ้าง

ค่าซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์

ประเภท ค่าซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร

ด้วยโรงพยาบาลสามง่าม ประสงค์จะขออนุมัติ จัดซื้อ จัดจ้าง ค่าซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์

(1) เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องซื้อ หรือจ้างเนื่องจาก เพื่อซ่อมแซมเครื่อง O2sat ของ รพ.WARD

เพื่อใช้ในราชการของโรงพยาบาลสามง่าม ด้วยเงิน เงินบำรุง เงินงบประมาณ

(2) รายละเอียดของพัสดุที่จะขอซื้อ/งานจ้าง พร้อมทั้งราคาและข้อมูล

ที่	รายการ	หน่วยนับ	จำนวน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	ราคาครั้ง สุดท้าย	ราคากลาง/ มาตรฐาน
1	เปลี่ยนสายซาร์จแบตเตอรี่เครื่อง O2sat Nelcor Non-Oximax Competible,DB9 Conn,1.1 m	เส้น	1.00	4,620.00	4,620.00	1,200.00	0.00
จำนวน 1 รายการ					จำนวนเงิน	4,620.00	
					ภาษีมูลค่าเพิ่ม 0 %	0.00	
					จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น	4,620.00	

(3) ราคากลางและรายละเอียดของราคากลางจำนวน 4,620.00 บาท (สี่พันหกร้อยยี่สิบบาทถ้วน).

(4) วงเงินที่จะซื้อ เงินนอกงบประมาณจาก จำนวน 4,620.00 บาท (สี่พันหกร้อยยี่สิบบาทถ้วน).

(5) กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

(6) วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการซื้อ เนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

(7) หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

(8) การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่างๆ การแต่งตั้งผู้ตรวจรับพัสดุ น.ส.วรรณภา.เขียวขำ พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด

1. อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงานขอซื้อดังกล่าวข้างต้น

2. ลงนามในคำสั่งแต่งตั้งผู้ตรวจรับพัสดุ

ยอดเงินที่ได้รับจัดสรร	ยอดที่จัดซื้อ/จ้างแล้ว	ยอดที่ซื้อ/จ้างครั้งนี้	ยอดเงินคงเหลือ
0.00	-4,620.00	4,620.00	0.00

ความเห็นของฝ่ายบริหาร
ตรวจสอบเงินเพื่อการนี้พร้อม สมควรให้ความเห็นชอบ

(ลงชื่อ).....

(นางสมบุรณ์ สิงห์พรม)

นักจัดการงานทั่วไป ระดับชำนาญการ

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

จ.ส.อ.นิพนธ์ ชื่นอะลาบ.จพ.ธุรการ.ระดับชำนาญงาน

ลงชื่อ.....หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายสุรกุล สุขพันธ์อ่ำ)

ความเห็นของผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร

อนุมัติ

(นายสุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์)

นายแพทย์ระดับชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสามง่าม

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสามง่าม

ที่ พจ 0032.301/

วันที่

- ๔ ธ.ค. ๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งผู้รับผิดชอบกำหนดคุณลักษณะหรือรูปแบบ

ค่าซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสามง่าม

ด้วย งาน/กลุ่ม.....บริหารทั่วไป.....จะขอดำเนินการ จัดซื้อ/จัดจ้าง ค่าซ่อมครุภัณฑ์การแพทย์.....ดังนี้

ที่	รายการ	หน่วยนับ	จำนวน	หน่วยละ	จำนวนเงิน	ราคาครั้ง สุดท้าย	ราคากลาง/ มาตรฐาน
1	เปลี่ยนสายชาร์จแบตเตอรี่ O2sat Nellcor Non-Oximox Competible, DB9 Conn, 1.1 m	เส้น	1.00	4,620.00	4,620.00	1,200.00	0.00
จำนวน 1 รายการ					จำนวนเงิน	4,620.00	
					ภาษีมูลค่าเพิ่ม 0 %	0.00	
					จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น	4,620.00	

เพื่อให้การจัดซื้อจัดจ้างเป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ ข้อ ๒๑ ที่กำหนดให้ในการซื้อหรือจ้างที่มีใช้การจ้างก่อสร้าง ให้หัวหน้าหน่วยงานของรัฐแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมากลุ่มหนึ่ง หรือจะให้เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรใดบุคคลหนึ่งรับผิดชอบในการจัดทำร่างขอบเขตของงาน หรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุที่จะซื้อหรือจ้าง รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอด้วยนั้น งานพัสดุจึงขอให้เจ้าหน้าที่ / แต่งตั้งผู้มีรายชื่อต่อไปนี้ ผู้รับผิดชอบจัดทำร่างขอบเขตของงาน หรือกำหนดคุณลักษณะ หรือรูปแบบดังกล่าวดังนี้

ประธานกรรมการ
จ.ส.อ.นิพนธ์.ชื่นอะลวย.จพ.รุกรการ.ระดับชำนาญงาน

กรรมการ

กรรมการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

- เห็นชอบแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดคุณลักษณะ หรือรูปแบบดังกล่าว ตามรายชื่อข้างต้น
- โดยใช้บันทึกข้อความนี้แทนการออกคำสั่ง

(นางสมบุรณ์.....สิงห์พรม..)

(หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป)

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่
(.....นิพนธ์.....ชื่นอะลวย.....)

ลงชื่อ..........หัวหน้าเจ้าหน้าที่
(...นายสุรกุล.....สุขพันธ์อ้า.)

ความเห็นเพิ่มเติม.....

ความเห็นผู้อำนวยการ

อนุมัติ
 ไม่อนุมัติ.....

(นายสุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์)

นายแพทย์ระดับชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสามง่าม

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดพิจิตร

ใบส่งซ่อม/รายงานผลการซ่อม/ขอเบิกอะไหล่

(01-ช่างเครื่องมือแพทย์)

โรงพยาบาลในโครงการพัฒนาฐานข้อมูลเครื่องมือแพทย์

พัสดุลงรับเลขที่.....วันที่.....

1. ข้อมูลส่งซ่อม

G1-64-018495

วันแจ้งซ่อม : 27-ต.ค.-63 หน่วยงาน : WAR - งานผู้ป่วยใน

บันทึกแจ้งซ่อม : เครื่องo2 satตัวสีฟ้าขาดแบตเตอรี่

ครุภัณฑ์ : มอทาบ เลขครุภัณฑ์ : 20A-607-0A52

ยี่ห้อ/รุ่น : Aeon รุ่น A360 ID : 0

วันที่ได้รับ : 3/05/63 ราคา : 15,000 ผู้จำหน่าย :

2.ธุรการช่าง

เลขรับ : G1-64-018495

วันที่ : 28-ต.ค.-63

หมวดงานเครื่องมือแพทย์

อาการ/สาเหตุ : เครื่องo2 satตัวสีฟ้าขาดแบตเตอรี่ ผู้แจ้งซ่อม : จีรภา สาลิกา

เหตุ-อายุการใช้งานนาน

เขียนผู้อำนวยการโรงพยาบาลมา

เพื่อส่งซ่อมอุปกรณ์ที่ส่งไปได้ส่งเครื่องsat ไปก็มาซ่อมมาถูกทางซ่อม

3. การดำเนินการของช่าง

ได้ตรวจพบว่ามีสายขาดและแบตเตอรี่หมด โดยที่ซ่อมมาเองด้วยมีค่าไปจ่าย 8620 บาท

ดำเนินการซ่อมเอง ขอเบิกวัสดุ/อะไหล่ ส่งหน่วยงานภายนอกซ่อม ซ้ำชุด อื่น ๆ.....

4. รายการขอเบิกวัสดุอะไหล่

ใช้อะไหล่สำรอง ใช้ ไม่ใช้

ลำดับ	รหัสวัสดุ	รายการวัสดุ	จำนวน/หน่วย	รวมราคา(บาท)
1		สาย 6กิโล set	1 เส้น	1620 บาท
2		แบตเตอรี่	1 ชุด	1000
				8620 บาท

ผู้ดำเนินการ(ช่าง)

ลงชื่อ สมเกียรติ ช่างดำเนินการ (นายชาญณรงค์ ไตเจริญ)

ความเห็นหัวหน้างาน จี้รภา สาลิกา อนุมัติซ่อมวัสดุนี้ส่งซ่อมมาเอง

ลงชื่อ สมเกียรติ (นิพนธ์ สีบะลาย) ๑๕ ต.ค. ๖๓

ความเห็นหัวหน้าฝ่าย..... เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

ลงชื่อ..... (นายสิทธิ เชิดชูตระกูลศักดิ์)

ความเห็นผู้อำนวยการ..... ๒๔/๑๑/๖๓

ลงชื่อ..... ๑๒/๑๑/๖๓

ความเห็นผู้อำนวยการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนาม

5. บันทึกการส่ง/รับมอบและความเห็นหลังการดำเนินการ

บันทึกข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ สมเกียรติ หัวหน้าหน่วยงาน/กลุ่มงานฝ่าย.....

(.....)

วันที่ 9 ต.ค. 63 เวลา 13:00 น.

Quotation ใบเสนอราคา	ต้นฉบับ / Original
	QT-631100012

ชื่อลูกค้า H-S001 - โรงพยาบาล สามง่าม <small>Customer Name</small> เลขที่ผู้เสียภาษี 0-9940-00501-18-8 (สำนักงานใหญ่) <small>Tax ID</small> ที่อยู่ เลขที่ 105 หมู่ 5 พิจิตร-กำแพงเพชร ตำบลสามง่าม อำเภอสามง่าม <small>Address</small> จังหวัดพิจิตร 66140 โทร: 081-886-5389, 056-691-228 Fax 056-691-239 ต่อ 105	วันที่ : 11/11/2563 <small>Issue Date</small> การชำระเงิน : - <small>Credit Term</small> ผู้ติดต่อ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล <small>Contact Name</small> ชื่อโปรเจกต์ : <small>Project Name</small>	พนักงานขาย : สันติ <small>Salesman</small> เบอร์ติดต่อ : 0864205555 <small>Contact No.</small> อีเมล : santi@truemedical.co.th <small>E-mail</small>
--	---	--

เลขที่ No	รายการ Description	จำนวน Quantity	ราคา/หน่วย Unit Price	ส่วนลด Discount	จำนวนเงิน (THB) Amount
1	Batt-A360 - แบตเตอรี่ เครื่อง SpO2 ยี่ห้อ Aeon รุ่น A360 (BL-10C) Li-Po (BL-10C) 3.7V 2560mAh	1	4,000.00	0.00	4,000.00

จ่ายเงินแล้ว

รับเงิน 11/11/2563

จำนวนเงิน Amount	สี่พันบาทถ้วน	รวมเป็นเงิน Subtotal	4,000.00
หมายเหตุและเงื่อนไข (Terms & Conditions)		หักส่วนลดพิเศษ Special Discount	0.00
ยับราคา 90 วัน กำหนดส่ง 90 วัน รายละเอียดบัญชีธนาคาร ชื่อบัญชี บริษัท ทรู เมดิคอล จำกัด ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาเทศบาล ไล่ตัด สุขุมวิท 50 เลขที่บัญชี 4300361134		จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น Total	4,000.00
		จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม 7 % Value Added Tax	261.68
		รวมมูลค่าสินค้า Subtotal	3,738.32

 ----- ผู้อนุมัติสั่งซื้อ / Customer Signature วันที่ / Date -----	 ----- ผู้มีอำนาจลงนาม / Authorized Signature วันที่ / Date 11/11/2563
--	--

Quotation

ใบเสนอราคา

ต้นฉบับ / Original
QT-631000039

ชื่อลูกค้า H-S001 - โรงพยาบาล สามง่าม <small>Customer Name</small>	วันที่ : 29/10/2563 <small>Issue Date</small>	พนักงานขาย : สันติ <small>Salesman</small>
เลขที่ผู้เสียภาษี 0-9940-00501-18-8 (สำนักงานใหญ่) <small>Tax ID</small>	การชำระเงิน : - <small>Credit Term</small>	เบอร์ติดต่อ : 0864205555 <small>Contact No.</small>
ที่อยู่ เลขที่ 105 หมู่ 5 พิจิตร-ท่าแพงเพชร ตำบลสามง่าม อำเภอสามง่าม <small>Address</small> จังหวัดพิจิตร 66140 โทร: 081-886-5389, 056-691-228 Fax 056-691-239 ต่อ 105	ผู้ติดต่อ : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล <small>Contact Name</small>	อีเมล : santi@truemedical.co.th <small>E-mail</small>
ชื่อโปรเจกต์ : <small>Project Name</small>		

เลขที่ No	รายการ Description	จำนวน Quantity	ราคา/หน่วย Unit Price	ส่วนลด Discount	จำนวนเงิน (THB) Amount
1	A360 - เครื่องวัดความอืดตัวของออกซิเจนในเลือดแบบมือถือ ยี่ห้อ Aeon รุ่น A360 Us-เทศ China	1	18,900.00	0.00	18,900.00

Santhi

จำนวนเงิน Amount	หนึ่งหมื่นแปดพันเก้าร้อยบาทถ้วน	รวมเป็นเงิน Subtotal	18,900.00
หมายเหตุและเงื่อนไข (Terms & Conditions)		หักส่วนลดพิเศษ Special Discount	0.00
ยี่สิบราคา 90 วัน		จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น Total	18,900.00
รายละเอียดบัญชีธนาคาร ชื่อบัญชี บริษัท ทรู เมดิคอล จำกัด ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาเทศบาล 50 เลขที่บัญชี 4300361134		จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม 7 % Value Added Tax	1,236.45
		รวมมูลค่าสินค้า Subtotal	17,663.55

_____ ผู้อนุมัติสั่งซื้อ / Customer Signature วันที่ / Date _____	_____ ผู้มีอำนาจลงนาม / Authorized Signature วันที่ / Date 29/10/2563
---	---

