



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลฮอด โทร. ๐ ๕๓๔๖ ๑๑๙๖ ต่อ ๕๑๓

ที่ นม.๐๑๓๓.๓๐๓/๐๓๕

วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง รายงานขอซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

ด้วย โรงพยาบาลฮอด กลุ่มงานทันตกรรม มีความประสงค์จัดซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องซื้อ-จ้าง
เพื่อใช้ในการให้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลฮอด
๒. รายละเอียดของพัสดุ

๒.๑.	Saliva ejector	จำนวน	๑๗	ถุง
๒.๒.	Dental Floss	จำนวน	๑๕	หลอด

๓. ราคาากลางและรายละเอียดของราคาากลาง ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๔ ว่าด้วยเรื่องราคาากลาง (๔) ราคาที่ได้มาจากการสืบราคาจากท้องตลาด จำนวน ๑,๕๔๐.- บาท (หนึ่งพันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะขอซื้อครั้งนี้

เงินบำรุง รพ. ฮอด ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จำนวน ๑,๕๔๐.- บาท (หนึ่งพันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

๕. กำหนดเวลาทำงานแล้วเสร็จภายใน ๙๐ วัน นับถัดจากวันลงนามในใบสั่งซื้อ

๖. วิธีที่จะจ้างและเหตุผลที่ต้องจ้าง

ดำเนินการจ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง เนื่องจาก การจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ โดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่างๆ


ผู้ตรวจรับพัสดุ

- นางสาวสิริธร ลิขิตวรกุล ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ

อำนาจและหน้าที่ คือทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น


๙. อำนาจในการอนุมัติให้ดำเนินการจัดซื้อครั้งนี้ เป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลฮอด ตามคำสั่งจังหวัดเชียงใหม่ ที่ ๕๔๐๔/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงาน
ขอซื้อขอย้างดังกล่าวข้างต้น

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่

(นางสาวเยาวลักษณ์ สุธรรมพร)

ทันตแพทย์ชำนาญการ

ลงชื่อ..........หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายวีรวัฒน์ อัครวงศ์พัฒน์)

ทันตแพทย์ชำนาญการ

อนุมัติ/ดำเนินการ

ลงชื่อ..........ผู้อนุมัติ

(นายวิทิต ชูศรียิ่ง)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฮอด

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

*ซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ เป็นเงิน ๑,๕๔๐.- บาท

เอกสารแนบท้ายแบบฟอร์มขออนุมัติซื้อวัสดุทันตกรรม เลขที่ ๐๓๕ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จำนวน ๒ รายการ

ลำดับ	รายการ	อัตราการใช้ ต่อเดือน โดยประมาณ	คงเหลือใน คลัง	คงเหลือใช้จริง ณ วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗	ต้องการ ซื้อ	ราคาต่อ หน่วย	ราคาที่จะ ซื้อ	ซื้อครั้งล่าสุด	หมายเหตุ
๑	Saliva ejector	๔ ถัง /๑ เดือน	๐ ถัง	๔ ถัง	๑๗	๘๐	๑๓๖๐	ม.ค.๒๕๖๗	
๒	Dental Floss	๑ หลอด /๒ เดือน	๐ หลอด	๐ หลอด	๑๕	๑๒	๑๘๐	-	

รวมราคา ๑,๕๔๐.- บาท (หนึ่งพันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน)

ยชฌิก
(นางสาวเยาวลักษณ์ สุธรรมพร)
ผู้กำหนดขอบเขตงาน

ขอบเขตของงานหรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ

ลำดับ	รายการ/คุณลักษณะเฉพาะ	จำนวน	หน่วย	ราคากลาง	ราคาที่จัดซื้อ/จ้าง	รวมเป็นเงิน
๑	Saliva ejector	๑๗	ถุง	๘๐	๘๐	๑๓๖๐
๒	Dental Floss	๑๕	หลอด	๑๒	๑๒	๑๘๐

(หนึ่งพันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน) ๑,๕๔๐.- บาท

เพ็ญลักษณ์
(นางสาวเยาวลักษณ์ สุธรรมพร)
ผู้กำหนดขอบเขตงาน



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลฮอด โทร. ๐ ๕๓๔๖ ๑๑๙๖ ต่อ ๕๑๓

ที่ ชม.๐๑๓๓.๓๐๓/๐๓๕ วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

ขอรายงานผลการพิจารณาจัดซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจงดังนี้

รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาที่เสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
๑. วัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ	บริษัท ไดรฟ์ เดนทัล อินคอร์ปอเรชั่น จำกัด	๑,๕๔๐.-	๑,๕๔๐.-
รวม (หนึ่งพันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน)			๑,๕๔๐.-

*ราคาที่เสนอและราคาที่ตกลงซื้อจ้าง เป็นรวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่นๆ ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา
โรงพยาบาลฮอด (กลุ่มงานทันตกรรม) พิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อ จากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

ลงชื่อ.....^{ไพรมัก}.....เจ้าหน้าที่

(นางสาวเยาวลักษณ์ สุธรรมพร)

ทันตแพทย์ชำนาญการ

ลงชื่อ.....^[Signature].....หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายวีรวัฒน์ อัครวงศ์พิพัฒน์)

ทันตแพทย์ชำนาญการ

ลงชื่อ.....^[Signature].....ผู้อนุมัติ

(นายวิฑิต ชุตรียิ่ง)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฮอด

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่



ประกาศจังหวัดเชียงใหม่

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ
โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ จังหวัดเชียงใหม่ (โรงพยาบาลฮอด กลุ่มงานทันตกรรม) ได้มีการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม
จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจงนั้น

๑. Saliva ejector	จำนวน	๑๗	ถุง
๒. Dental Floss	จำนวน	๑๕	หลอด

ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท ไตรวี เดนทัล อินคอร์ปอเรชั่น จำกัด โดยเสนอราคา เป็นเงิน
ทั้งสิ้น ๑,๕๔๐.- บาท (หนึ่งพันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน
และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗

(นายวิฑิต ชูศรียิ่ง)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฮอด
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลฮอด โทร ๐ ๕๓๔๖ ๑๑๙๖ ต่อ ๕๑๓

ที่ ชม ๐๐๓๓.๓๐๓/๐๓๕

วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา จัดซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฮอด

ต้นเรื่อง

ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๖๖ ให้นิติกรของรัฐบาลประกาศผลผู้ชนะการจัดซื้อจัดจ้างหรือผู้ใดได้รับการคัดเลือกและเหตุผลสนับสนุนในระบบเครือข่ายสารสนเทศของกรมบัญชีกลางและของหน่วยงานของรัฐตามวิธีการที่กรมบัญชีกลางกำหนดและให้ปิดประกาศโดยเปิดเผย ณ สถานที่ปิดประกาศของหน่วยงานของรัฐนั้น และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๔๒ เมื่อหัวหน้าหน่วยงานของรัฐให้ความเห็นชอบรายงานผลการพิจารณาและผู้มีอำนาจอนุมัติซื้อหรือจ้างแล้ว ให้หัวหน้าเจ้าหน้าที่ประกาศผลผู้ชนะการซื้อหรือจ้างในระบบเครือข่ายสารสนเทศของกรมบัญชีกลางและของหน่วยงานของรัฐตามวิธีการที่กรมบัญชีกลางกำหนด และให้ปิดประกาศโดยเปิดเผย ณ สถานที่ปิดประกาศของหน่วยงานของรัฐนั้น และแจ้งให้ผู้เสนอราคาทุกรายการผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตามแบบที่กรมบัญชีกลางกำหนด และข้อ ๕๙ ให้นำความในข้อ ๔๒ มาใช้บังคับการประกาศผลผู้ชนะการซื้อหรือจ้างโดยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์โดยอนุโลม

ข้อเสนอ

เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๖๖ และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๔๒ และข้อ ๕๙ จึงขออนุญาตเผยแพร่ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง บนที่อยู่เว็บของโรงพยาบาลฮอด

ข้อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบโปรดอนุญาตให้เผยแพร่ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง บนที่อยู่เว็บของโรงพยาบาลฮอด ต่อไป
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

๒๕๖๗

(นางสาวเยาวลักษณ์ สุธรรมพร)
เจ้าหน้าที่

(นางสาวปิยะวรรณ เกษมศรี)
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(นายวีรวัฒน์ อัครวงศ์พัฒน์)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายวิฑิต ชูศรียิ่ง)
นายแพทย์ชำนาญการ
รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฮอด

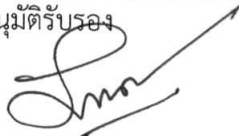

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่องแนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑

สำหรับหน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลฮอด	
วัน/เดือน/ปี : ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗	
หัวข้อ : ประกาศเผยแพร่ผู้ชนะการเสนอราคาจัดซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ	
รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) : รายงานขอซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ	
Link ภายนอก : ไม่มี	
หมายเหตุ :	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล ๒๗๓๕ (นางสาวเยาวลักษณ์ สุธรรมพร) ทันตแพทย์ชำนาญการ เจ้าหน้าที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗	ผู้อนุมัติรับรอง  (นายเกียรติศักดิ์ ตันฎ) นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นายอุทัยนันท์ อินตา) เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗	



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง บริษัท ไตรวี เคนท์ล อินคอร์ปอเรชั่น จำกัด
ที่ ๖๒๗ ซอยลาดพร้าว ๑๐๑ ถนนลาดพร้าว
แขวงคลองเจ้าคุณสิงห์ เขตวังทองหลาง
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๑๐
โทรศัพท์ ๐๒-๗๓๑๐๗๑๑
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๕๘๑๗๔๒๘๔
เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร
ชื่อบัญชี

ใบสั่งซื้อ/สั่งจ้างเลขที่ ๐๓๕/๒๕๖๗
วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗
ส่วนราชการ โรงพยาบาลฮอด
ที่อยู่ ๒๙๔ หมู่ ๑๐ ตำบลหางดง อำเภอฮอด
จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๔๐
โทรศัพท์ ๐๕๓-๔๖๑๑๙๖ ต่อ ๕๑๓

ตามที่ บริษัท ไตรวี เคนท์ล อินคอร์ปอเรชั่น จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลฮอด ซึ่งได้รับราคา
และตกลงซื้อ/จ้าง ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑.	Saliva ejector	๑๗	ถุง	๘๐	๑๓๖๐
๒.	Dental Floss	๑๕	หลอด	๑๒	๑๘๐
(หนึ่งพันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน)				รวมเป็นเงิน	๑,๕๔๐.-

การซื้อ/สั่งจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๙๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗
- สถานที่ส่งมอบ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลฮอด ตำบลหางดง อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่
- ระยะเวลาประกัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- โรงพยาบาลฮอดสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ

ลงชื่อ ผู้สั่งซื้อ
(นายวีรวัฒน์ อัครวงศ์พิพัฒน์)
ทันตแพทย์ชำนาญการ
วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗

ลงชื่อ ผู้ขาย
(นายไพโรจน์ เล้าห์ทวีรุ่งเรือง)
ตำแหน่ง ผู้เสนอราคา
วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลฮอด โทร ๐ ๕๓๔๖ ๑๑๙๖ ต่อ ๕๑๓

ที่ ชม ๐๐๓๓.๓๐๓/๐๓๕

วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง หลักการและเหตุผลเพื่อขออนุมัติดำเนินการขอซื้อวัสดุทันตกรรมจำนวน ๒ รายการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฮอด

ด้วย กลุ่มงานทันตกรรมมีความประสงค์ขอ ดำเนินการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ

๑.รายละเอียดความต้องการขอซื้อ/ขอจ้างมีวงเงินโดยประมาณ ๑,๕๔๐ บาท (หนึ่งพันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน) ตามรายการดังต่อไปนี้ (ระบุชนิด จำนวน และคุณลักษณะ ให้ชัดเจน)

Saliva ejector ๑๗.๕๖, Dental Floss ๑๕ หลอด.....ตามรายละเอียดแนบท้าย.....

๒.เหตุผลความจำเป็นในการขอซื้อ/ขอจ้าง เพื่อ(กรณีมีความจำเป็นเร่งด่วนให้ระบุเหตุผลให้ชัดเจน)

เพื่อใช้ในงานบริการทันตกรรมในโรงพยาบาล.....

๓.ขออนุมัติการขอซื้อ/ขอจ้าง ครั้งนี้เป็นการดำเนินการ ตามแผน นอกแผนกรณีเร่งด่วน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

โครงการที่ได้รับอนุมัติตามปีงบประมาณ.....ชื่อโครงการ.....

ขอซื้อครั้งนี้ ๑,๕๔๐บาท โดยยอดวงเงินสะสมที่ได้ซื้อไปแล้วในปีงบประมาณ คือ บาท จากวงเงินรวมตามแผน บาท

๔.รายชื่อคณะกรรมการดำเนินการขอซื้อ/ขอจ้างและกำหนดคุณลักษณะ

๔.๑.....ตำแหน่ง..... เห็นชอบ ไม่เห็นชอบ เป็นประธานฯ

๔.๒.....ตำแหน่ง..... เห็นชอบ ไม่เห็นชอบ เป็นกรรมการ

๔.๓.....ตำแหน่ง..... เห็นชอบ ไม่เห็นชอบ เป็นกรรมการ

๕.รายชื่อคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ/การจ้าง

๕.๑ นางสาวสิริธร ลิขิตวรกุล ตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการ ประธานกรรมการตรวจรับ

๕.๒ นางสาวประพิณ วินิจธานันท์ ตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการ กรรมการตรวจรับ

๕.๓ นางรินฤทัย โกฎัย ตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน กรรมการตรวจรับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....ผู้แจ้งความประสงค์

(นางสาวเยาวลักษณ์ สุธรรมพร)

ตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการ

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ

(นางสาวประพิณ วินิจธานันท์)

ตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการ

ตรวจสอบ

ตรวจสอบ

เห็นชอบ

อนุมัติ

(นางศุภานันท์ คำอูด)

เจ้าหน้าที่

...../...../.....

(นางสาวปิยะวรรณ เกษมศรี)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

...../...../.....

(นายวีรวัฒน์ อัครวงศ์พิพัฒน์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

...../...../.....

(นายวิฑิต ชูศรียิ่ง)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฮอด

...../...../.....

ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

วันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๗

ตามใบสั่งซื้อ เลขที่ ๐๓๕/๒๕๖๗ ลงวันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗ โรงพยาบาลฮอด ได้ตกลงซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ จาก บริษัท ไตรวี เคนท์ล อินคอร์ปอเรชั่น จำกัด โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑,๕๔๐.- บาท (หนึ่งพันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน)
บัดนี้ บริษัท ไตรวี เคนท์ล อินคอร์ปอเรชั่น จำกัด ได้ส่งมอบพัสดุเรียบร้อยแล้ว ตามใบส่งของเลขที่ IN-๑๘๓๖๒๙ ลงวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๗

ผู้ตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับพัสดุแล้ว ผลปรากฏว่า

๑. ผลการตรวจรับ

- ถูกต้อง
- ครบถ้วนตามสัญญา
- ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

๒. ค่าปรับ

- มีค่าปรับ
- ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑,๕๔๐.๐๐ บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และเห็นควรเบิกจ่ายเงินให้แก่ บริษัท ไตรวี เคนท์ล อินคอร์ปอเรชั่น จำกัด ต่อไป

ลงชื่อ..........ผู้ตรวจรับพัสดุ

(นางสาวสิริธร ลิขิตวรกุล)

- ได้รับพัสดุตามรายการข้างต้นจากคณะกรรมการตรวจรับแล้ว




(นางสาวเยาวลักษณ์ สุธรรมพร)

เจ้าหน้าที่

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฮอด

- เพื่อโปรดทราบผลการตรวจรับ และมอบฝ่ายการเงิน

ดำเนินการเบิกจ่ายต่อไป


(นายวิวัฒน์ อัครวงศ์พัฒน์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ทราบ/ดำเนินการ


(นายวิฑิต ชุศรียิ่ง)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฮอด

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน (วงเงินเล็กน้อยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท)

ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ตามบันทึกข้อความที่ ชม๐๐๓๓.๓๐๓/๐๓๕ ลงวันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗
เรื่อง ชื่อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๒ รายการ เป็นเงิน ๑,๕๔๐.- บาท

ข้าพเจ้า นายวีรวัฒน์ อัครวงศ์พิพัฒน์ (หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

ข้าพเจ้า นางสาวเยาวลักษณ์ สุธรรมพร (เจ้าหน้าที่)

ข้าพเจ้า นางสาวสิริธร ลิขิตวรกุล (ผู้ตรวจรับพัสดุ)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึกด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

ลงนาม
(เจ้าหน้าที่)

ลงนาม
(ผู้ตรวจรับพัสดุ)



บริษัท ไดรว์ เด็นทัล อินคอร์ปอเรชั่น จำกัด
DRIVE DENTAL INCORPORATION CO., LTD.

627 ซอยลาดพร้าว 101 ถนนลาดพร้าว แขวงคลองเจ้าคุณสิงห์ เขตวังทองหลาง กทม. 10310
โทร. 0-2731-0711, 091-808-3489 โทรสาร 0-2731-3100
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105558174284 (สำนักงานใหญ่)

ใบส่งสินค้า/ใบกำกับภาษี
DELIVERY ORDER/TAX INVOICE

ต้นฉบับ/ORIGINAL

เลขที่	IN-183629
วันที่	

เอกสารออกเป็นชุด

ชื่อลูกค้า โรงพยาบาลฮอด
(แผนกทันตกรรม) ด.ทางดง
อ.ฮอด จ.เชียงใหม่ 50240
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0994000422857

สถานที่ส่ง โรงพยาบาลฮอด
(แผนกทันตกรรม) ด.ทางดง
อ.ฮอด จ.เชียงใหม่ 50240
โทร. 053-461-095

รหัสลูกค้า CMI-0019	เลขที่ใบส่งสินค้า 035/2567	เงื่อนไขการชำระเงิน Cr.-PH	วันครบกำหนด	อ้างอิง	พนักงานขาย กุลนันทน์เป็นมงคล
------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------	---------	---------------------------------

ลำดับ	รหัสสินค้า	รายการ	หน่วย	จำนวน	หน่วยละ	ส่วนลด	จำนวนเงิน
1	AS2900E-VT	Saliva Ejector	pkg	17	80.00		1,360.00
2	OTD402	Dental Floss	pcs	15	12.00		180.00



หนึ่งพันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน

รวมมูลค่าสินค้า	1,439.25
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%	100.75
รวมเงินสุทธิ	1,540.00

โปรดส่งจ่ายเช็คขีดคร่อม โฉนด บริษัท ไดรว์ เด็นทัล อินคอร์ปอเรชั่น จำกัด
หรือโอนเงินผ่านธนาคารทหารไทยธนชาติ สาขาลาดพร้าว 124
บัญชีกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 024-1-07284-2

เงินสด โฉน เช็ค เลขที่.....

ธนาคาร.....สาขา.....

ลงวันที่.....ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

จัด/ตรวจ *Umlm* ส่งโดย
วันที่.....

ได้รับสินค้าตามรายการข้างต้นในสภาพถูกต้องเรียบร้อยแล้ว

ผู้รับสินค้า..... *or*

วันที่ *22* / *12* / *67*

ในนาม บริษัท ไดรว์ เด็นทัล อินคอร์ปอเรชั่น จำกัด

ผู้รับมอบอำนาจ..... *Umlm*

1. การชำระเงินด้วยเช็คจะสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้เรียกเก็บเงินตามเช็คเรียบร้อยแล้ว และการโอนเงินจะสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้รับสำเนาใบโอนเงินทาง E-mail หรือจดหมายเรียบร้อยแล้ว
2. สินค้าที่ซื้อแล้วหากมีการแตกหัก หรือขาดตกบกพร่องประการใด โปรดแจ้งให้ทางบริษัทฯ ทราบภายใน 7 วัน มิฉะนั้นทางบริษัทฯ จะไม่รับผิดชอบความเสียหายใดๆ ทั้งสิ้น



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง บริษัท ไตรวี เคนท์ล อินคอร์ปอเรชั่น จำกัด
ที่ ๖๒๗ ซอยลาดพร้าว ๑๐๑ ถนนลาดพร้าว
แขวงคลองเจ้าคุณสิงห์ เขตวังทองหลาง
กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๑๐
โทรศัพท์ ๐๒-๗๓๑๐๗๑๑
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๕๘๑๗๔๒๘๔
เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร
ชื่อบัญชี

ใบสั่งซื้อ/สั่งจ้างเลขที่ ๐๓๕/๒๕๖๗
วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗
ส่วนราชการ โรงพยาบาลฮอด
ที่อยู่ ๒๙๔ หมู่ ๑๐ ตำบลหางตง อำเภอฮอด
จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๔๐
โทรศัพท์ ๐๕๓-๔๖๑๑๙๖ ต่อ ๕๑๓

ตามที่ บริษัท ไตรวี เคนท์ล อินคอร์ปอเรชั่น จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลฮอด ซึ่งได้รับราคา
และตกลงซื้อ/จ้าง ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑.	Saliva ejector	๑๗	ถุง	๘๐	๑๓๖๐
๒.	Dental Floss	๑๕	หลอด	๑๒	๑๘๐
(หนึ่งพันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน)				รวมเป็นเงิน	๑,๕๔๐.-

การซื้อ/สั่งจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๕๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗
- สถานที่ส่งมอบ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลฮอด ตำบลหางตง อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่
- ระยะเวลารับประกัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- โรงพยาบาลฮอดสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ

ลงชื่อ ผู้สั่งซื้อ

(นายวีรวัฒน์ อัครวงศ์พิพัฒน์)

ทันตแพทย์ชำนาญการ

วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗

ลงชื่อ ผู้ขาย

(นายไพโรจน์ เล่าทวีรุ่งเรือง)

ตำแหน่ง ผู้เสนอราคา

วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๗