



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลไชยปราการ โทร. 0 5387 0444

ที่ ขม 0033.301/275

วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารใบสั่งซื้อสั่งจ้างในรอบเดือนมกราคม พ.ศ.2566

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไชยปราการ

เรื่องเดิม

ตามประกาศคณะกรรมการข้อมูลข่าวสาร เรื่องกำหนดให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลการพิจารณาการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงานของรัฐเป็นข้อมูลข่าวสารที่ต้องจัดไว้ให้ประชาชนตรวจสอบได้ตามมาตรา 9 (8) แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540 โดยให้หน่วยงานของรัฐจัดทำสรุปผลการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงานของรัฐเป็นรายเดือนทุก ๆ เดือน ให้มีรายละเอียดเกี่ยวกับงานที่จัดซื้อ จัดจ้าง วงเงินที่ซื้อหรือจ้าง ราคากลาง วิธีซื้อหรือจ้าง รายชื่อผู้เสนอราคาและราคาที่เสนอ ผู้ได้รับการคัดเลือกและราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เหตุผลที่คัดเลือกโดยสรุป เลขที่และวันที่ของสัญญา หรือข้อตกลงในการจัดซื้อหรือการจ้าง เพื่อให้ประชาชนเข้าตรวจสอบได้ เป็นประจำทุกเดือน

ข้อเสนอ

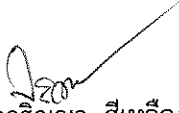
งานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป ได้ดำเนินการสรุปใบสั่งซื้อสั่งจ้างพัสดุในรอบเดือน ตามประกาศคณะกรรมการข้อมูลข่าวสาร พร้อมนำเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลไชยปราการประจำทุกเดือน

ข้อเท็จจริง

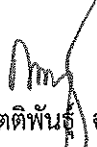
ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540 และให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้าง จึงขออนุญาตนำแบบใบสั่งซื้อสั่งจ้างเดือนมกราคม พ.ศ.2566 ประกาศในเว็บไซต์ของโรงพยาบาลไชยปราการ

ข้อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อทราบ หากเห็นชอบโปรดลงนามให้เผยแพร่แบบใบสั่งซื้อสั่งจ้างประจำเดือนมกราคม พ.ศ.2566 ในเว็บไซต์ของโรงพยาบาลไชยปราการ


(นางสาวจริญญา สีเหลือง)
เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน


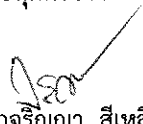
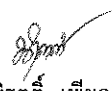
เห็นชอบ - ลงนามแล้ว


(นายกิตติพันธุ์ อุลอม)
นายแพทย์ชำนาญการ วิชาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไชยปราการ

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลไชยปราการ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลไชยปราการ ประจำปีงบประมาณ 2565

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลไชยปราการ	
ชื่อหน่วยงาน	โรงพยาบาลไชยปราการ
วัน/เดือน/ปี	9 กุมภาพันธ์ 2566
หัวข้อ:	ขออนุมัติเผยแพร่บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลไชยปราการ
รายละเอียดข้อมูล :	รายงานใบสั่งซื้อสิ่งจ้างในรอบเดือน
Link ภายนอก.....	รายงานใบสั่งซื้อสิ่งจ้างพัสดุตามประกาศคณะกรรมการข้อมูลข่าวสาร ในรอบเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ประจำปีงบประมาณ 2566
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นางผ่องพรรณ ชัยวรรณ) ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่พัสดุ วันที่ 9 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566	ผู้อนุมัติรับรอง  (นางสาวจริญญา สีเหลือง) ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ธุรการปฏิบัติงาน วันที่ 9 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นายนิรุตติ์ เพี้ยกุนา) ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่คอมพิวเตอร์ วันที่ 9 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566	



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลไชยปราการ โทร. 0 5387 0444

ที่ ชม 0033.301/272

วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566

เรื่อง รายงานใบสั่งซื้อสิ่งจ้างในรอบเดือนมกราคม พ.ศ.2566

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไชยปราการ

เรื่องเดิม

ตามประกาศคณะกรรมการข้อมูลข่าวสาร เรื่องกำหนดให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลการพิจารณาการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงานของรัฐเป็นข้อมูลข่าวสารที่ต้องจัดไว้ให้ประชาชนตรวจสอบได้ตามมาตรา 9 (8) แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ.2540 โดยให้หน่วยงานของรัฐจัดทำสรุปผลการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงานของรัฐเป็นรายเดือนทุกๆ เดือน ให้มีรายละเอียดเกี่ยวกับงานที่จัดซื้อจัดจ้าง วงเงินที่จะซื้อหรือจ้าง ราคากลาง วิธีซื้อหรือจ้าง รายชื่อผู้เสนอราคาและราคาที่เสนอ ผู้ได้รับการคัดเลือกและราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เหตุผลที่คัดเลือกโดยสรุป เลขที่และวันที่ของสัญญา หรือข้อตกลงในการจัดซื้อหรือการจ้าง เพื่อให้ประชาชนเข้าตรวจสอบได้เป็นประจำทุกเดือน

ข้อเสนอ

งานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป ได้ดำเนินการสรุปใบสั่งซื้อสิ่งจ้างประจำเดือน ตามประกาศคณะกรรมการข้อมูลข่าวสาร พร้อมนำเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลไชยปราการประจำทุกเดือน

ข้อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อทราบ หากเห็นชอบโปรดลงนามในหนังสือรายงานใบสั่งซื้อสิ่งจ้างในเดือนมกราคม พ.ศ.2566 เพื่อนำเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลไชยปราการต่อไป

(นางสาวจริยญา สีเหลือง)
เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

เห็นชอบ - ลงนามแล้ว

(นายกิตติพันธ์) ฉลอม)
นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไชยปราการ

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท ที เอ็น พี เซลท์แคร์ จำกัด
 ที่อยู่ ๑๔ ซ.งามวงศ์วาน ๘ ถ.งามวงศ์วาน
 ที่อยู่ ต.บางเขน อ.เมือง จ.นนทบุรี
 โทร ๐-๒๕๕๕-๙๙๙๙
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี
 เลขที่บัญชีธนาคาร
 ชื่อบัญชี
 ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๐๒๐
 วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
 ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
 ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีตงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
 จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท ที เอ็น พี เซลท์แคร์ จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Antacid gel;689943 sus 240 ml	1000 X 1	12.65	12,650.00
รวมทั้งสิ้น ๑ รายการ	มูลค่าสินค้า		๑๑,๘๒๒.๔๓ บาท
(หนึ่งหมื่นสองพันหกร้อยห้าสิบบาทถ้วน)	ภาษีมูลค่าเพิ่ม		๘๒๗.๕๗ บาท
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		๑๒,๖๕๐.๐๐ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครอบคลุมส่งมอบวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลารับประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสั่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ

Amy

ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

ลงชื่อ

กนิษฐา

ทสินสนาก

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่คัมสัญญา :

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย องค์การเภสัชกรรม

ที่อยู่ ๔๔ หมู่ ๓ ถ.เชียงใหม่-ฮอด

ที่อยู่ อ.หางดง จ.เชียงใหม่

โทร ๐-๕๓๔๔-๑๓๑๕

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๙๙๔๐๐๑๖๕๓๑๕

เลขที่บัญชีธนาคาร

ชื่อบัญชี

ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๐๒๔

วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖

ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ

ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ

จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ องค์การเภสัชกรรม ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Amlodipine;200142 tab 5 MG	900 X 100	38.52	34,668.00

รวมทั้งสิ้น	๑ รายการ	มูลค่าสินค้า	๓๒,๔๐๐.๐๐ บาท
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๒,๒๖๘.๐๐ บาท
(สามหมื่นสี่พันหกร้อยหกสิบแปดบาทถ้วน)		รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๓๔,๖๖๘.๐๐ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ

(นายณัฐ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

ผู้สั่งซื้อ

เลขที่โครงการ :

เลขที่คุมสัญญา :

ลงชื่อ

กั๊กกั๊กดี

สุวรรณกัทิพ

ผู้รับใบสั่งซื้อ

ใบสั่งซื้อ

ผู้ชาย องค์การเภสัชกรรม
ที่อยู่ ๔๔ หมู่ ๓ ถ.เชียงใหม่-ฮอด

ที่อยู่ อ.หางดง จ.เชียงใหม่

โทร ๐-๕๓๔๔-๑๓๑๕

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๙๙๔๐๐๑๖๕๓๑๕

เลขที่บัญชีธนาคาร

ชื่อบัญชี

ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๐๒๕

วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖

ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ

ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ

จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ องค์การเภสัชกรรม ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Amoxycillin;226695 cap 250 mg	6 X 500	430.00	2,580.00
Trifluoperazine;464079 tab 5 mg	5 X 1000	336.56	1,682.80
Risperidone;388422 tab 2 mg	100 X 60	200.00	20,000.00
Clopidogret;201812 tab 75 mg	30 X 100	204.37	6,131.10
รวมทั้งสิ้น ๘ รายการ	มูลค่าสินค้า		๗๗,๐๘๙.๖๓ บาท
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม		๕,๓๙๖.๒๗ บาท
(แปดหมื่นสองพันสี่ร้อยแปดสิบห้าบาทเก้าสิบสองสตางค์)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		๘๒,๔๘๕.๙๐ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสิ่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ

ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

เลขที่คุมสัญญา :

ลงชื่อ

ภักดิ์ดี

ผู้รับใบสั่งซื้อ

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Deferiprone;326819	tab 500 mg	40 X 100	350.00 14,000.00
Diazepam;255995	tab 2 mg	20 X 500	74.90 1,498.00
Losartan;206200	tab 50 mg	108 X 300	214.00 23,112.00
Allopurinol;234092	tab 100 mg	60 X 500	224.70 13,482.00

รวมทั้งสิ้น	๘ รายการ	มูลค่าสินค้า	๗๗,๐๘๙.๖๓ บาท
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๕,๓๙๖.๒๗ บาท
	(แปะหมิ่นสองพันสี่ร้อยแปดสิบห้าบาทเก้าสิบสตางค์)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๘๒,๔๘๕.๙๐ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลารับประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสั่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดต่อการแสดมภ์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายราชการ หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ



ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

เลขที่คุมสัญญา :

ลงชื่อ

ภักดิ์ดี

สรรพคุณทิพย์

ผู้รับใบสั่งซื้อ

ใบสั่งซื้อ

ฝ่าย บริษัท แอดแลนต้า เมดดิคแคร์ จำกัด
ที่อยู่ ๙๕/๓๘ ม.๘ ซ.ลาดพร้าว.
ที่อยู่ แขวงลาดพร้าว กรุงเทพฯ
โทร ๐-๒๕๕๑-๓๐๓๘
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๔๙๐๐๔๐๓๗
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๐๕๖
วันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท แอดแลนต้า เมดดิคแคร์ จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม	
Metformin;696858	tab 500 mg	500 X 500	115.00	57,500.00
รวมทั้งสิ้น	๑ รายการ	มูลค่าสินค้า	๕๓,๗๓๘.๓๒ บาท	
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๓,๗๖๑.๖๘ บาท	
	(ห้าหมื่นเจ็ดพันห้าร้อยบาทถ้วน)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๕๗,๕๐๐.๐๐ บาท	

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสั่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ

ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

เลขที่คัมสัญญา :

ลงชื่อ

นิธิพงศ์

จรงค์นาพาน

ผู้รับใบสั่งซื้อ

ใบสั่งซื้อ

บริษัท บ.แอปคาร์ ฟาร์มาแลป(ประเทศไทย) จำกัด
ที่อยู่ ๑๐๓/๖๑-๖๒ หมู่ ๔ ถ.ราชพฤกษ์ ต.บางกร่าง
ที่อยู่ อ.เมือง จ.นนทบุรี
โทร ๐-๒๙๒๖-๒๔๒๘-๓๐
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๔๕๑๒๙๑๑๑
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๐๐๑
วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บ.แอปคาร์ ฟาร์มาแลป(ประเทศไทย) จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Enoxaparin sod. inj 60 mg/0.6 ml	120 X 1	192.00	23,040.00
รวมทั้งสิ้น ๑ รายการ	มูลค่าสินค้า		๒๑,๕๓๒.๗๑ บาท
(สองหมื่นสามพันสี่สิบบาทถ้วน)	ภาษีมูลค่าเพิ่ม		๑,๕๐๗.๒๙ บาท
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		๒๓,๐๔๐.๐๐ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครอบคลุมส่งมอบวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสินค้าของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ

ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

ลงชื่อ

ประวิทย์

ทูลเกล้า

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่คัมสัญญา :

ใบสั่งซื้อ

บริษัท แอตแลนติก ฟาร์มาซูติคอล จำกัด
ที่อยู่ ๒๐๓๘ ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนงใต้
ที่อยู่ เขตพระโขนง กรุงเทพฯ
โทร ๐-๒๓๑๑-๐๑๑๑
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๒๘๐๐๘๒๗๑
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๐๐๓
วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีตงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท แอตแลนติก ฟาร์มาซูติคอล จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Vitamin K1 inj 10 mg in 1 ml	200 X 1	13.04	2,608.00
Fluphenazine;764475 inj 25 mg/ml	100 X 1	29.00	2,900.00
รวมทั้งสิ้น ๒ รายการ	มูลค่าสินค้า		๕,๕๐๘.๐๐ บาท
(ห้าพันห้าร้อยแปดบาทถ้วน)	ภาษีมูลค่าเพิ่ม		๓๖๐.๓๔ บาท
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		๕,๘๖๘.๐๐ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสินค้าที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ



ผู้สั่งซื้อ

(นายภาณุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

เลขที่คุมสัญญา :

ลงชื่อ

สุรชัย ชีระภักทวนนท์

ผู้รับใบสั่งซื้อ

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท เบอร์ลินฟาร์มาซูติคอลอินดัสตรี จำกัด
ที่อยู่ ๓๕๙ ถ.เจริญกรุง แขวงป้อมปราบ
ที่อยู่ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพฯ
โทร ๐-๒๒๒๕-๔๒๖๑
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๒๗๐๒๘๔๓๐
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๐๐๕
วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท เบอร์ลินฟาร์มาซูติคอลอินดัสตรี จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม	
Enalapril;746492	tab 5 mg	120 X 1000	174.00	20,880.00
Carvedilol;272363	tab 6.25 mg	120 X 30	200.00	24,000.00
รวมทั้งสิ้น	๒ รายการ	มูลค่าสินค้า	๔๑,๘๘๓.๘๓ บาท	
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๒,๘๓๖.๐๗ บาท	
	(สี่หมื่นสี่พันแปดร้อยแปดสิบบาทถ้วน)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๔๔,๘๘๐.๐๐ บาท	

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครอบคลุมส่งมอบวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสั่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ

ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

เลขที่คুমสัญญา :

ลงชื่อ

จิรนาถ เหนือสิงห์

ผู้รับใบสั่งซื้อ

ใบสั่งซื้อ

บริษัท คอสม่า เทรดดิ้ง จำกัด
ที่อยู่ ๙๙ ซอยรุเปีย ถ.สุขุมวิท ๔๒ แขวงพระโขนง
ที่อยู่ เขตคลองเตย กรุงเทพฯ
โทร ๐-๒๓๖๗-๑๑๑๑
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๔๕๐๐๙๘๗๕
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๐๐๗
วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีตงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท คอสม่า เทรดดิ้ง จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตาม
รายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Insulin 70/30;657748 inj 30:70 in 10ml	1000 X 1	61.50	61,500.00
รวมทั้งสิ้น ๑ รายการ	มูลค่าสินค้า		๕๗,๔๗๖.๖๔ บาท
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม		๔,๐๒๓.๓๖ บาท
(หกหมื่นหนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		๖๑,๕๐๐.๐๐ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสิ่งของ
ที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ
กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ

ผู้สั่งซื้อ

(นายฉาน ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

ลงชื่อ

ณัฐรี

จรรณ เคริณกุลย์

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่คัมสัญญา :

ใบสั่งซื้อ

นาย บ.ตีทแฮล์ม เคลเลอร์ โลจิสติกส์ จำกัด
ที่อยู่ ๒๕๓๓ ถ.สุขุมวิท แขวงบางจาก
ที่อยู่ เขตพระโขนง กรุงเทพฯ
โทร ๐-๒๓๐๑-๕๗๐๐
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๓๘๑๒๓๖๕๐
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๐๐๘
วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีตองเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บ.ตีทแฮล์ม เคลเลอร์ โลจิสติกส์ จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม	
Berodual;822984	MDI 200 doses	300 X 1	102.72	30,816.00
รวมทั้งสิ้น	๑ รายการ	มูลค่าสินค้า	๒๘,๘๐๐.๐๐ บาท	
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๒,๐๑๖.๐๐ บาท	
	(สามหมื่นแปดร้อยสิบหกบาทถ้วน)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๓๐,๘๑๖.๐๐ บาท	

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครอบคลุมส่งมอบวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสั่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ

ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

ลงชื่อ

กิตติภญา ลอนสิงห์

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่คัมสัญญา :

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท เกร็ดเตอร์มายบาซิน จำกัด
ที่อยู่ ๔๖/๒ ซ.จรัญสนิทวงศ์ ๔๐ ถ.จรัญสนิทวงศ์
ที่อยู่ แขวงบางยี่ขัน เขตบางพลัด กทม.
โทร ๐-๒๘๘๖๙๔๔๕-๖
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๗๓๕๕๔๓๐๐๐๔๗๖
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๐๑๑
วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท เกร็ดเตอร์มายบาซิน จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตาม
รายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม	
Simvastatin;208621	tab 20 mg	200 X 1000	430.00	86,000.00
รวมทั้งสิ้น	๑ รายการ	มูลค่าสินค้า	๘๐,๓๗๓.๘๓ บาท	
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๕,๖๒๖.๑๗ บาท	
	(แปดหมื่นหกพันบาทถ้วน)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๘๖,๐๐๐.๐๐ บาท	

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ-ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสั่งของ
ที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ
กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ

ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

ลงชื่อ

ณัฐวัฒน์ ณะบุญ

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่คุมสัญญา :

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท เฮลท์ดี มี จำกัด
 ที่อยู่ ๒๐ ซ.งามวงศ์วาน ๖ แยก ๓ ถ.งามวงศ์วาน
 ที่อยู่ ต.บางเขน อ.เมือง จ.นนทบุรี
 โทร ๐๒-๕๕๙๒๗๕๐-๓
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐-๑๑๕๕-๕๘๐๒๑-๒๑-๖
 เลขที่บัญชีธนาคาร
 ชื่อบัญชี
 ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๐๑๒
 วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
 ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
 ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
 จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท เฮลท์ดี มี จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม	
Chloroquine;281164	tab 250 mg	10 X 1000	860.00	8,600.00
Povidine scrub;858568	sol 450ml	60 X 1	105.00	6,300.00
รวมทั้งสิ้น	๒ รายการ	มูลค่าสินค้า	๑๓,๙๒๕.๒๓ บาท	
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๙๗๔.๗๗ บาท	
	(หนึ่งหมื่นสี่พันเก้าร้อยบาทถ้วน)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๔,๙๐๐.๐๐ บาท	

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสั่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัชฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ



ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :
 เลขที่คัมสัญญา :

ลงชื่อ

จิระอนุทิน ติทาน

ผู้รับใบสั่งซื้อ

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บ. พรอส ฟาร์มา จำกัด
ที่อยู่ ๘๒๑ ถ.รามอินทรา แขวงท่าแร้ง
ที่อยู่ เขตบางเขน กรุงเทพฯ
โทร ๐-๒๙๔๕-๙๕๕๕
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๕๑๑๐๕๕๐๓
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๐๑๗
วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บ. พรอส ฟาร์มา จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Atorvastatin tab 40 mg.	500 X 30	38.52	19,260.00
Amlodipine tab 10 mg	1500 X 100	32.10	48,150.00
รวมทั้งสิ้น ๒ รายการ	มูลค่าสินค้า		๖๗,๔๑๐.๐๐ บาท
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม		๔,๔๑๐.๐๐ บาท
(หกหมื่นเจ็ดพันสี่ร้อยสิบบาทถ้วน)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		๖๗,๔๑๐.๐๐ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครอบคลุมส่งมอบวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสิ่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดต่อการแสดมบิให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายราชการ หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ

ผู้สั่งซื้อ

(นายภูานู ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

ลงชื่อ

ศศิประภา ษัยอาก

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่คัมสัญญา :

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท อาร์.เอ็กซ์ จำกัด
ที่อยู่ ๙๓/๙๐ ซ.ประชาชนกุล ๒ ถ.รัชดาภิเษก แขวงบางซื่อ
ที่อยู่ เขตบางซื่อ กรุงเทพฯ
โทร ๐-๒๕๑๐-๐๙๕๐-๖๐
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๑๙๐๐๓๕๔๗
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๐๑๘
วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท อาร์.เอ็กซ์ จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม	
Amoxyclv 1000;229129	tab 875+125	30 X 100	298.53	8,955.90
Silver sulphadiazine	cre 25 gm	30 X 1	29.96	898.80
รวมทั้งสิ้น ๒ รายการ	มูลค่าสินค้า			๙,๒๑๐.๐๐ บาท
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม			๖๔๔.๗๐ บาท
(เก้าพันแปดร้อยห้าสิบบาทเจ็ดสิบสตางค์)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น			๙,๘๕๔.๗๐ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครอบคลุมส่งมอบวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสินค้าของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัชฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ

ผู้สั่งซื้อ

(นายมานู ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

เลขที่คัมสัญญา :

ลงชื่อ

จลย์ลักษณ์ อรุณทยานันท์ ผู้รับใบสั่งซื้อ

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท เอสพีเอส เมดิคอล จำกัด
ที่อยู่ ๖๑๗ ถ.เจริญรัก แขวงคลองสาน
ที่อยู่ เขตคลองสาน กรุงเทพฯ
โทร ๐-๒๔๓๗-๐๓๔๓-๕
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๔๘๐๕๕๖๙๐
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๐๑๙
วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท เอสพีเอส เมดิคอล จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Warfarin;210014 tab 5MG	20 X 100	225.00	4,500.00
Warfarin;209984 tab 2MG	50 X 100	160.00	8,000.00
รวมทั้งสิ้น ๒ รายการ	มูลค่าสินค้า		๑๑,๖๘๒.๒๔ บาท
(หนึ่งหมื่นสองพันห้าร้อยบาทถ้วน)	ภาษีมูลค่าเพิ่ม		๘๑๗.๗๖ บาท
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		๑๒,๕๐๐.๐๐ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครอบคลุมส่งมอบวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสิ่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ



ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

ลงชื่อ

กิตติพันธ์ ปละมัย

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่ค้ำสัญญา :

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย ห.จ.ก. ภิญญูฟาร์มมาซี
ที่อยู่ ๑๒๑/๑-๓ ถ.พุทธมณฑลสาย ๑
ที่อยู่ แขวงบางระมาด เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ
โทร ๐-๒๕๕๑๑-๑๒๖๔
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๓๕๒๑๐๐๘๕๗๕
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๐๑๕
วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ ห.จ.ก. ภิญญูฟาร์มมาซี ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Transamic acid;763365	inj 250 mg	200 X 1	17.50 3,500.00
Omeprazole;207541	inj 40 mg	500 X 1	12.60 6,300.00
รวมทั้งสิ้น	๒ รายการ	มูลค่าสินค้า	๙,๑๕๘.๘๘ บาท
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๖๔๑.๑๒ บาท
	(เก้าพันแปดร้อยบาทถ้วน)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๙,๘๐๐.๐๐ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลารับประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสินค้าที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ

ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

ลงชื่อ

ชลธิชา

บานชู

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่คุมสัญญา :

๗๖๖

ใบสั่งซื้อ

ผู้ชาย ท.ส.น. โรงงานเภสัชกรรมพอนด์เคมีคอล ประเทศไทย
ที่อยู่ ๗๙ หมู่ ๔ ถ.รามอินทรา แขวงอนุสาวรีย์
ที่อยู่ เขตบางเขน กรุงเทพฯ
โทร ๐๒-๙๐๐-๕๕๘๘
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๒๕๑๒๐๐๐๖๒๑
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๐๒๖
วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ ท.ส.น. โรงงานเภสัชกรรมพอนด์เคมีคอล ประเทศไทย ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคา และตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Phenytoin Na;301731 cap 100 mg	50 X 500	245.00	12,250.00
รวมทั้งสิ้น ๑ รายการ		มูลค่าสินค้า ๑๑,๔๔๘.๖๐ บาท ภาษีมูลค่าเพิ่ม ๘๐๑.๔๐ บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑๒,๒๕๐.๐๐ บาท	

(หนึ่งหมื่นสองพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครอบคลุมส่งมอบวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสั่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ

ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

ลงชื่อ

อัจฉรา

บริษัท ไก่หมก

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่โครงการ :

เลขที่คัมสัญญา :

ใบสั่งซื้อ

บริษัท แอดแลนต้า เมดดิคแคร์ จำกัด
ที่อยู่ ๙๕/๓๘ ม.๘ ซ.ลาดพร้าว.
ที่อยู่ แขวงลาดพร้าว กรุงเทพฯ
โทร ๐-๒๕๕๑-๓๐๓๘
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๔๙๐๐๔๐๓๗
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๐๐๒
วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีตงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท แอดแลนต้า เมดดิคแคร์ จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
TDF+3TC+DTG(TLD tab 300+300+50	100 X 30	699.90	69,990.00
รวมทั้งสิ้น ๑ รายการ	มูลค่าสินค้า	๖๕,๔๑๑.๒๑ บาท	
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๔,๕๗๘.๗๙ บาท	
(หกหมื่นเก้าพันเก้าร้อยเก้าสิบบาทถ้วน)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๖๙,๙๙๐.๐๐ บาท	

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสินค้าของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ

ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

เลขที่คุมสัญญา :

ลงชื่อ

กิติพิทักษ์

วงศินาพาน

ผู้รับใบสั่งซื้อ

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด

ที่อยู่ ถ.ติวานนท์

ที่อยู่ อ.เมือง จ.นนทบุรี

โทร ๐-๒๕๕๐-๗๗๓๒

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๙๙๔๐๐๐๑๖๕๖๗๖

เลขที่บัญชีธนาคาร

ชื่อบัญชี

ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๐๐๙

วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖

ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ

ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ

จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ			จำนวน	ราคา	รวม
Pethidine HCl;535976	inj	50mg in 1ml.	100 X 1	6.50	650.00
Morphine SO4;852134	inj	10mg in 1ml.	200 X 1	6.50	1,300.00
Methadone oral;1009019	Sol	450 ml	120 X 1	250.00	30,000.00
รวมทั้งสิ้น ๓ รายการ				มูลค่าสินค้า	๒๙,๘๕๙.๘๑ บาท
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๒,๐๙๐.๑๙ บาท
(สามหมื่นหนึ่งพันเก้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๓๑,๙๕๐.๐๐ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

๑. กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครอบคลุมส่งมอบวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๖
๒. ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
๓. ระยะเวลารับประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
๔. สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสินค้าของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
๕. ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
๒. ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ

Amo

ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

ลงชื่อ

ภักดิ์ดี

สุพรรณภักดิ์

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่คัมสัญญา :

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด
ที่อยู่ ถ.ติวานนท์
ที่อยู่ อ.เมือง จ.นนทบุรี
โทร ๐-๒๕๕๐-๗๗๓๒
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๙๙๔๐๐๑๖๕๖๗๖
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๐๕๘
วันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตาม
รายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Methylphenidate tab 10 mg	10 X 200	800.00	8,000.00
รวมทั้งสิ้น ๑ รายการ	มูลค่าสินค้า		๗,๔๗๖.๖๔ บาท
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม		๕๒๓.๓๖ บาท
(แปดพันบาทถ้วน)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		๘,๐๐๐.๐๐ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสินค้าของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ



ผู้สั่งซื้อ

(นายภูวน ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :
เลขที่คুমสัญญา :

ลงชื่อ

ภักก์กิติ

สุพรรณากิจพิรม์

ผู้รับใบสั่งซื้อ



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย หจก.อินสทรูमेंท์ แล็บ
 ที่อยู่ ๔๗/๓๓-๓๔ ต.ช้างเผือก อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ๕๐๓๐๐
 โทรศัพท์ ๐๕๓-๒๒๓๒๙๓-๖
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ๐๕๐๓๕๒๕๐๐๐๔๐๑

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๕๔/๒๕๖๖
 วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
 ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
 ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ตำบลศรีดงเย็น
 อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่
 โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๗๐-๔๔๔

ตามที่ หจก.อินสทรูमेंท์ แล็บ ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ
 ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
	จัดซื้อวัสดุการแพทย์จำนวน ๑ รายการ				
๑	Adson dressing forceps ขนาด ๑๒ ซม.	๑๒	อัน	๑๖๐.๐๐	๑,๙๒๐.๐๐
(-หนึ่งพันเก้าร้อยยี่สิบบาทถ้วน-)				รวมเป็นเงิน	๑,๙๔๔.๓๙
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑๒๕.๖๑
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑,๙๒๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ต.ศรีดงเย็น อ.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่
- ระยะเวลาประกัน.....ปี
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสิ่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ
กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของ
คู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- ใบสั่งซื้อนี้อ้างตามใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๕๔/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖ ชื่อ วัสดุการแพทย์
โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

(ลงชื่อ).....ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ).....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นางสาวจุฑารัตน์ ชูหมื่น)

ตำแหน่ง ผู้ขาย

วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖



ใบสั่งจ้าง

ผู้รับจ้าง บริษัท เอ็ม.บี.ดี.เซอร์จิคอล ซัพพลาย จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๙๙-๑๐๑-๑๐๓ ถนนแก้ววารีรัฐ
ตำบลวัดเกต อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๐๐๐
โทรศัพท์ ๐-๕๓๒๔-๐๖๔๐-๑
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๕๐๕๕๔๒๐๐๐๖๒๘

ใบสั่งจ้างเลขที่ ๐๕๓/๒๕๖๖
วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชย
ปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท เอ็ม.บี.ดี.เซอร์จิคอล ซัพพลาย จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงจ้าง
ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	สาย Reusable sensor probe สำหรับผู้ใหญ่ของ เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ	๑	ชุด	๑๘,๙๕๐.๐๐	๑๘,๙๕๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๑๗,๗๑๐.๒๘
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑,๒๓๙.๗๒
(หนึ่งหมื่นแปดพันเก้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๘,๙๕๐.๐๐

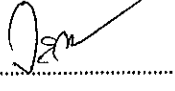
การสั่งจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ผู้รับจ้างได้รับใบสั่งจ้าง
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลาประกัน ๖ เดือน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคางานจ้าง
แต่ต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งจ้าง กรณีนี้
ผู้รับจ้างจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งจ้างทุกประการ
- การจ้างช่วง ผู้รับจ้างจะต้องไม่เอางานทั้งหมดหรือแต่บางส่วนไปจ้างช่วงอีกทอดหนึ่ง เว้นแต่การจ้างช่วงงานแต่บางส่วนที่ได้รับ
อนุญาตเป็นหนังสือจากผู้ว่าจ้างแล้ว การที่ผู้ว่าจ้างได้อนุญาตให้จ้างช่วงงานแต่บางส่วนดังกล่าวนี้ ไม่เป็นเหตุให้ผู้รับจ้างหลุดพ้น
จากความรับผิดชอบหรือพันธะหน้าที่และผู้รับจ้างจะยังคงต้องรับผิดชอบในความผิดและความประมาทเลินเล่อของผู้รับจ้างช่วง หรือของ
ตัวแทนหรือลูกจ้างของผู้รับจ้างช่วงนั้นทุกประการ กรณีผู้รับจ้างไปจ้างช่วงงานแต่บางส่วน โดยฝ่าฝืนความในวรรคหนึ่ง ผู้รับจ้างต้องชำระ
ค่าปรับให้แก่ผู้ว่าจ้างเป็นจำนวนเงินในอัตราร้อยละ ๑๐ (สิบ) ของวงเงินของงาน ที่จ้างช่วง ทั้งนี้ ไม่ตัดสิทธิผู้ว่าจ้างในการบอกเลิกสัญญา

๘. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

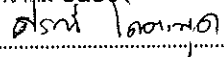
๑. การคิดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งจ้างมีผลตามกฎหมาย
๒. ใบสั่งจ้างสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๔๙๓๒๘๗๘๘๘ จ้างซ่อมแซมครุภัณฑ์การแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....  ผู้สั่งจ้าง

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ.....  ผู้รับใบสั่งจ้าง

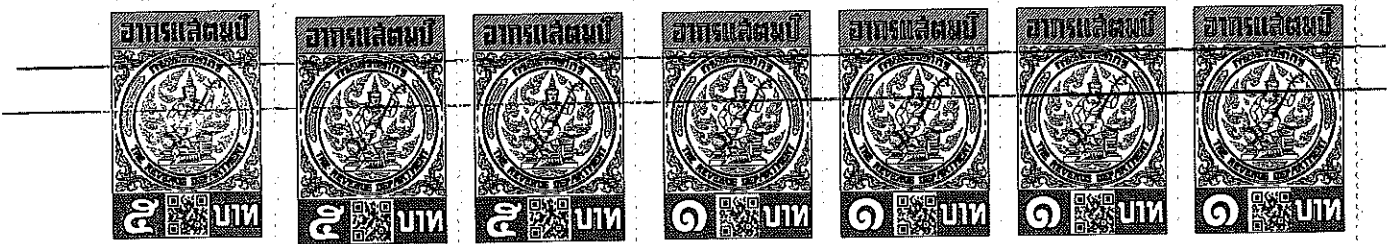
(นางสาวศิริราณี โคคตะพุด)

ผู้รับจ้าง

วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๔๙๓๒๘๗๘๘

เลขคู่มือสัญญา ๖๖๐๕๑๔๑๐๔๒๖๗





ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย ชัยเคมีคอล

ที่อยู่ เลขที่ ๓/๕๓ ซอยลานนาวิลล่า ถนนเชียงใหม่-ลำปาง

ตำบลช้างเผือก อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๓๐๐

โทรศัพท์ ๐๕๓๒๒๖๑๘๘

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๓๕๐๙๙๐๐๗๙๙๓๙๔

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๕๕/๒๕๖๖

วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๖

ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ

ที่อยู่ ๑๓๓ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชย

ปราการ จังหวัดเชียงใหม่

โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔๔

ตามที่ ชัยเคมีคอล ได้เสนอราคา ivaต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

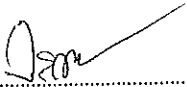
ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	คลอรีนชนิดน้ำ	๒๐	ถัง	๔๔๐.๐๐	๘,๘๐๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๘,๒๒๔.๓๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๕๗๕.๗๐
(แปดพันแปดร้อยบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๘,๘๐๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๓ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลาประกัน ๗ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสิ่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

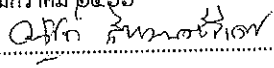
๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
๒. ใบสั่งซื้อส่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๕๙๓๒๔๓๗๖ ชื่อวัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..........ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..........ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นายณัฐ สีมมนตรีเดช)

ผู้จัดการ

วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๕๙๓๒๔๓๗๖

เลขคุมสัญญา ๖๖๐๕๑๔๐๖๓๖๕๗



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท เอ็ม.บี.ดี.เซอร์จิคอล ซัพพลาย จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๙๙-๑๐๑-๑๐๓ ถนนแก้ววรัญ
ตำบลวัดเกต อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๐๐๐
โทรศัพท์ ๐-๕๓๒๔-๐๖๔๐-๑
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๕๐๕๕๔๒๐๐๖๒๘

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๖๐/๒๕๖๖
วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชย
ปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท เอ็ม.บี.ดี.เซอร์จิคอล ซัพพลาย จำกัด ได้เสนอราคา วัสดุ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตาม
รายการดังต่อไปนี้

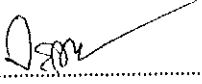
ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	กระดาษพิมพ์สำหรับเครื่องอัลตราซาวด์	๖	ม้วน	๙๙๐.๐๐	๕,๙๔๐.๐๐
๒	กระดาษสำหรับเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	๑๐	พับ	๑,๐๕๐.๐๐	๑๐,๕๐๐
(หนึ่งหมื่นหกพันสี่ร้อยสี่สิบบาทถ้วน)				รวมเป็นเงิน	๑๕,๓๖๔.๐๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑,๐๗๕.๕๑
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๖,๔๓๙.๕๑

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลาประกัน ๗ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสิ่งของ
ที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้
ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา
เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ:

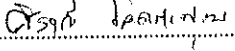
- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อส่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๔๙๓๒๕๗๕๗ ชื่อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..... ..... ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..... ..... ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นางสาวศิริราณี โคตตะพุด)

ผู้ขาย

วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๔๙๓๒๕๗๕๗

เลขคুমสัญญา ๖๖๐๕๑๔๐๖๓๗๕๙



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย ห้างหุ้นส่วนจำกัด อินสทรูमेंท์ แล็บ
ที่อยู่ เลขที่ ๒๔๓ หมู่ ๕
ตำบลสันผักหวาน อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๓๐
โทรศัพท์ ๐๕๓๒๒๓๒๙๓-๖
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๕๐๓๕๒๕๐๐๐๔๐๑

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๖๑/๒๕๖๖
วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชย
ปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔๔

ตามที่ ห้างหุ้นส่วนจำกัด อินสทรูमेंท์ แล็บ ได้เสนอราคา วัสดุ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตาม
รายการดังต่อไปนี้

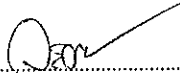
ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	วัสดุการแพทย์ จำนวน ๑๙ รายการ ตามรายการ แนบท้าย	๑	โครงการ	๗๘,๓๕๕.๐๐	๗๘,๓๕๕.๐๐
(เจ็ดหมื่นแปดพันสามร้อยห้าสิบบาทถ้วน)				รวมเป็นเงิน	๗๘,๒๖๘.๙๗
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๕,๑๒๖.๐๓
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๗๘,๓๕๕.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลารับประกัน ๗ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสิ่งของ
ที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้
ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา
เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

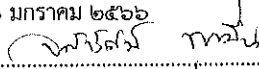
1. การติดต่อการแสดมภ์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
2. ใบสั่งซื้อส่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๔๙๓๒๖๔๖๐ ชื่อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..........ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..........ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นางสาวจุฬารัตน์ ชูหมื่น)

ผู้ขาย

วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๔๙๓๒๖๔๖๐

เลขคุมสัญญา ๖๖๐๕๑๔๐๖๓๘๖๒



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท ชุมิตร ๑๙๖๗ จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๑๓ ซอยลาดพร้าว ๙๑(เกษร) ถนนลาดพร้าว
แขวงคลองเจ้าคุณสิงห์ เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๑๐
โทรศัพท์ ๐๒๕๕๒๑๗๙๕
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๑๑๐๐๓๗๐๐

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๖๘/๒๕๖๖
วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชย
ปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท ชุมิตร ๑๙๖๗ จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

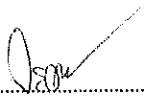
ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	Syring ๐.๕ ml	๑๐๐	กล่อง	๑๘๐.๐๐	๑๘,๐๐๐.๐๐
๒	Syring ๑ ml	๕๐	กล่อง	๑๘๐.๐๐	๙,๐๐๐.๐๐
(สองหมื่นเจ็ดพันบาทถ้วน)				รวมเป็นเงิน	๒๕,๒๓๓.๖๔
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑,๗๖๖.๓๖
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๒๗,๐๐๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลารับประกัน ๗ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

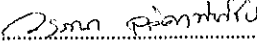
- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๔๙๓๒๓๒๖๗ ชื่อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..........ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..........ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นางวรรณภา ลลิตาพันธ์ชัย)

ผู้ขาย

วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๔๙๓๒๓๒๖๗

เลขคุมสัญญา ๖๖๐๔๑๔๒๙๐๐๒๙



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท โกร็ธ ซัพพลาย เมดิคอล จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๕๔ ซอยรามอินทรา ๖๕ แยก ๒-๔
แขวงท่าแร้ง เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๓๐
โทรศัพท์ ๐๒-๐๗๕-๑๕๕๘
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๕๔๑๓๘๐๔๖

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๕๗/๒๕๖๖
วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีตงเย็น อำเภอไชย
ปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท โกร็ธ ซัพพลาย เมดิคอล จำกัด ได้เสนอราคา วัสดุ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

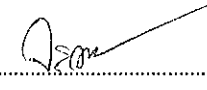
ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	ชุดพันยาสำหรับผู้ใหญ่ ๑๐๐ ชุด	๑๐๐	ชุด	๒๕.๘๐	๒,๕๘๐.๐๐
๒	ชุดพันยาสำหรับเด็ก ๑๐๐ ชุด	๑๐๐	ชุด	๒๕.๘๐	๒,๕๘๐.๐๐
๓	ซองบรรจุเวชภัณฑ์ขยายข้าง ๖ นิ้ว	๖	ม้วน	๕๒๗.๐๐	๓,๑๖๒.๐๐
๔	ซองบรรจุเวชภัณฑ์ขยายข้างขนาด ๑๐ นิ้ว	๖	ม้วน	๗๔๗.๐๐	๔,๔๘๒.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๑๑,๙๖๖.๓๖
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๘๓๗.๖๔
(หนึ่งหมื่นสองพันแปดร้อยสี่บาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๒,๘๐๔.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลารับประกัน ๗ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสินค้าของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

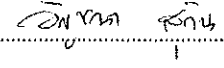
๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
๒. ใบสั่งซื้อส่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๔๙๓๒๓๙๖๗ ชื่อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..........ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..........ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นางสาวอัญญา สุกิน)

ผู้ขาย

วันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๔๙๓๒๓๙๖๗

เลขคัมภ์ัญญา ๖๖๐๕๑๔๐๖๓๙๖๕



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท โอเร็กซ์ เทรคดิ่ง จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๑๒๖ ซอยซอยเรวดี ๑๔
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๙๗๗-๙๔๔๔
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๒๔๐๓๑๑๐๓

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๕๙/๒๕๖๖
วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชย
ปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท โอเร็กซ์ เทรคดิ่ง จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

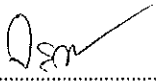
ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	วัสดุการแพทย์ ตามรายการแนบท้าย ๕ รายการ	๑	โครงการ	๔๒,๑๗๒.๕๐	๔๒,๑๗๒.๕๐
(สี่หมื่นสองพันหนึ่งร้อยเจ็ดสิบสองบาทห้าสิบสตางค์)				รวมเป็นเงิน	๓๙,๔๑๓.๕๕
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๒,๗๕๘.๙๕
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๔๒,๑๗๒.๕๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลาประกัน ๗ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้าชิ้นนั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

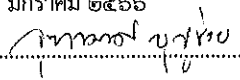
- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๔๙๓๒๕๒๓๗ ชื่อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..........ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..........ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นางสาวจุฬามา บุญช่วย)

ผู้ขาย


วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๔๙๓๒๕๒๓๗

เลขคุมสัญญา ๖๖๐๕๑๔๐๖๓๕๙๓

รายการจัดซื้อวัสดุการแพทย์แบบใบสั่งซื้อ

ลำดับ ที่	รายการ (รายละเอียดพัสดุ)	จำนวน	หน่วยนับ	ราคา/หน่วย	ราคารวม
๑	Gauze bandage ๓ นิ้ว	๕๐	โหล	๔๘.๑๕	๒,๔๐๗.๕๐
๒	Gauze bandage ๔ นิ้ว	๕๐	โหล	๖๔.๒๐	๓,๒๑๐.๐๐
๓	ก๊อสพับสำเร็จขนาด ๓x๓ นิ้ว	๓๐๐	ห่อ	๓๗.๕๕	๑๑,๒๖๕.๐๐
๔	ก๊อสพับสำเร็จขนาด ๔x๔ นิ้ว	๒๐๐	ห่อ	๖๔.๒๐	๑๒,๘๔๐.๐๐
๕	Set IV ๒๐ drop สำหรับผู้ใหญ่	๑,๖๐๐	ชุด	๗.๘๐	๑๒,๔๘๐.๐๐
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น				๔๒,๑๗๒.๕๐


 (นางต้องพรรณณี จีวารณา)
 เจ้าหน้าที่พัสดุ



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท ทีเคเอสเอส (ประเทศไทย) จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๒๕๓๓ ถนนสุขุมวิท
แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๖๐
โทรศัพท์ ๐๒๒๒๐๘๐๐๐
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๒๓๐๐๒๑๑๘

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๖๔/๒๕๖๖
วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชย
ปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท ทีเคเอสเอส (ประเทศไทย) จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตาม
รายการดังต่อไปนี้

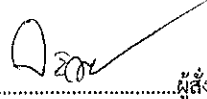
ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	Syring ๓ cc	๑๐๐	กล่อง	๑๐๔.๘๖	๑๐,๔๘๖.๐๐
๒	Syring ๕ cc	๔๐	กล่อง	๑๑๘.๗๗	๔,๗๕๐.๐๐
๓	Syring ๒๐ cc	๒๐	กล่อง	๓๔๐.๒๖	๖,๘๐๕.๒๐
				รวมเป็นเงิน	๒๐,๖๐๐.๐๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑,๔๔๒.๐๐
(สองหมื่นสองพันสี่สิบสองบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๒๒,๐๔๒.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลารับประกัน ๗ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสินค้าของ
ที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้
ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนแปลงให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา
เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

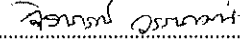
๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
๒. ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๕๔๓๒๗๑๐๐ ชื่อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..... ..... ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..... ..... ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นางสาวจิราภรณ์ วรรณมานะ)

ผู้จัดการ

วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๕๔๓๒๗๑๐๐

เลขคุมสัญญา ๖๖๐๕๔๓๒๗๑๐๐



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย ห้างหุ้นส่วนจำกัด แม่งิงอ็อกซิเจน

ที่อยู่ เลขที่ ๕๔๔/๓ ถนนเจริญเมือง

ตำบลท่าศาลา อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๐๐๐

โทรศัพท์ ๐๕๓๒๔๒๖๘๑

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๕๐๓๕๓๖๐๐๒๕๔๐

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๘๓/๒๕๖๖

วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๖

ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ

ที่อยู่ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชย

ปราการ จังหวัดเชียงใหม่

โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔-๑๐๕

ตามที่ ห้างหุ้นส่วนจำกัด แม่งิงอ็อกซิเจน ได้เสนอราคา วัสดุ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการ
ดังต่อไปนี้

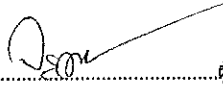
ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	ออกซิเจน ประจำเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ตามรายการแนบท้าย	๖	รายการ	-	๒๖,๐๙๔.๕๐
				รวมเป็นเงิน	๒๔,๓๘๗.๓๘
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑,๗๐๗.๑๒
(สองหมื่นหกพันเก้าสิบลบาทห้าสิบบาท)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๒๖,๐๙๔.๕๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๔๕ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลารับประกัน ๗ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสินค้าของ
ที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้
ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา
เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

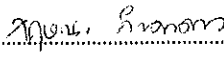
- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อส่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๔๙๐๔๗๘๓๒ ชื่อวัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..........ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..........ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นายกฤษณะ คำดวงดาว)

ผู้ชาย

วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๔๙๐๔๗๘๓๒

เลขคุณสมบัติ ๖๖๐๔๑๔๒๗๒๒๖๖

รายการวัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์แบบใบสั่งซื้อ

ลำดับ ที่	รายการ (รายละเอียดพัสดุ)	จำนวน	หน่วยนับ	ราคา/หน่วย	ราคารวม
๑	ออกซิเจน บรรจุท่อ ๖ คิว	๒๓	ท่อ	๑๕๐.๐๐	๓,๔๕๐.๐๐
๒	ออกซิเจน บรรจุท่อ ๕ คิว	๗	ท่อ	๑๕๐.๐๐	๑,๐๕๐.๐๐
๓	ออกซิเจน บรรจุท่อ ๒ คิว	๑	ท่อ	๗๕.๐๐	๗๕.๐๐
๔	ออกซิเจน บรรจุท่อ ๑.๕ คิว	๕	ท่อ	๖๕.๐๐	๓๒๕.๐๐
๕	ออกซิเจน บรรจุท่อ ๑ คิว	๔	ท่อ	๕๕.๐๐	๒๒๐.๐๐
๖	ออกซิเจนเหลว	๘๓๘.๘๘	คิว	๒๕.๐๐	๒๐,๙๗๔.๕๐
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น				๒๖,๐๙๔.๕๐



(นางสาวอรพรรณ ชัยวรรณ)
เจ้าพนักงานพัสดุ



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย ห้างหุ้นส่วนจำกัด ทีที เมต
ที่อยู่ ๔๗/๑๑-๑๒ ต.ช้างเผือก อ.เมืองเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ ๕๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐๕๓-๒๑๓๖๐๒
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ๐๕๐๓๕๕๐๐๐๒๕๓๕

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๕๘/๒๕๖๖
วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ตำบลศรีดงเย็น
อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๗๐-๕๕๔

ตามที่ ห้างหุ้นส่วนจำกัด ทีที เมต ได้เสนอราคา วัสดุ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ
ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
	จัดซื้อวัสดุการแพทย์จำนวน ๑ รายการ				
๑	Mask dispose	๑๐๐	กล่อง	๔๐.๐๐	๔,๐๐๐.๐๐
(-สี่พันบาทถ้วน-)				รวมเป็นเงิน	๓,๗๓๘.๓๒
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๒๖๑.๖๘
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๔,๐๐๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ต.ศรีดงเย็น อ.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่
- ระยะเวลารับประกัน.....ปี
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสิ่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- ใบสั่งซื้อนี้อ้างตามใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๕๘/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖ชื่อ วัสดุการแพทย์
โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

(ลงชื่อ).....ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ).....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นางจินดา กันจันนะ)

ตำแหน่ง ผู้จัดการ

วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖



ใบสั่งจ้าง

ผู้ขาย บริษัท เอ็ม.บี.ดี.เซอร์จิคอล ซัพพลาย จำกัด
ที่อยู่ ๙๙-๑๐๑-๑๐๓ ถ.แก้ววารีรัฐ ต.วัดเกต อ.เมืองเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ ๕๐๐๐๐
โทรศัพท์ ๐๕๓๒๔๐๖๔๐
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ๐๕๐๕๕๔๒๐๐๐๖๒๘

ใบสั่งจ้างเลขที่ ๐๖๒/๒๕๖๖
วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ตำบลศรีดงเย็น
อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๗๐-๔๔๔

ตามที่ บริษัท เอ็ม.บี.ดี.เซอร์จิคอล ซัพพลาย จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงจ้างตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ ที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
	จัดจ้างซ่อมแซมครุภัณฑ์การแพทย์				
๑	ซ่อมชุดปรินเตอร์ สำหรับเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	๑	ชุด	๓,๐๐๐.๐๐	๓,๐๐๐.๐๐
(-สามพันบาทถ้วน-)				รวมเป็นเงิน	๒,๘๐๓.๗๔
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑๙๖.๒๖
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๓,๐๐๐.๐๐

การจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งจ้าง
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ต.ศรีดงเย็น อ.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่
- ระยะเวลาประกัน.....ปี
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งจ้าง
กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งจ้างทุกประการ

๗. ผู้กรณีสั่งจ้าง ผู้จ้างจะต้องไม่เอางานทั้งหมดหรือแต่บางส่วนแห่งสัญญาไปจ้างช่วงอีกทอดหนึ่ง เว้นแต่การจ้างช่วงงานแต่บางส่วนที่ได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากผู้ว่าจ้างแล้ว การที่ผู้ว่าจ้างได้อนุญาตให้จ้างช่วงงานแต่บางส่วนดังกล่าวนี้ ไม่เป็นเหตุให้ผู้รับจ้างหลุดพ้นจากความรับผิดชอบหรือพันธะหน้าที่ตามสัญญา และผู้รับจ้างจะยังคงต้องรับผิดชอบในความผิด และความประมาทเลินเล่อของผู้รับจ้างช่วง หรือของตัวแทนหรือลูกจ้างของผู้รับจ้างช่วงนั้นทุกประการ กรณีผู้รับจ้างไปจ้างช่วงงานแต่บางส่วนโดยฝ่าฝืนความในวรรคหนึ่งผู้รับจ้างต้องชำระค่าปรับให้แก่ผู้ว่าจ้างเป็นจำนวนเงินในอัตราร้อยละ 10 (สิบ) ของวงเงินของงานที่จ้างช่วงตามสัญญา ทั้งนี้ ไม่ตัดสิทธิผู้ว่าจ้างในการบอกเลิกสัญญา
๘. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- ใบสั่งจ้างนี้อ้างตามใบสั่งจ้างเลขที่ ๐๖๒/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖ จัดจ้างซ่อมแซมครุภัณฑ์การแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

(ลงชื่อ).....ผู้สั่งจ้าง

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ).....ผู้รับใบสั่งจ้าง

(นางสาวศิริราณี โทดตะคุ)

ตำแหน่ง ผู้รับจ้าง

วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖





ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท พี.พี.เอส.ฮอสพิทอล ซัพพลาย จำกัด
 ที่อยู่ ๒๗๗ ถ.อ่อนนุช แขวงอ่อนนุช เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๕๐
 โทรศัพท์ ๐๒-๗๔๒๖๙๖๑
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ๐๑๐๕๕๔๑๐๖๒๘๘๗

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๕๖/๒๕๖๖
 วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๕
 ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
 ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ตำบลศรีดงเย็น
 อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่
 โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๗๐-๔๔๔

ตามที่ บริษัท พี.พี.เอส.ฮอสพิทอล ซัพพลาย จำกัด ได้เสนอราคา ไรต์ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการดังต่อไปนี้

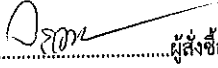
ลำดับ ที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
	จัดซื้อวัสดุการแพทย์จำนวน ๔ รายการ				
๑	suction tube no.๑๐	๒๐๐	เส้น	๒.๑๔	๔๒๘.๐๐
๒	suction tube no.๑๖	๓๐๐	เส้น	๒.๑๔	๖๔๒.๐๐
๓	Extension no.๓๖	๕๐๐	เส้น	๓.๗๐	๑,๘๕๐.๐๐
๔	NG tube no.๑๔	๑๐๐	เส้น	๖.๘๐	๖๘๐.๐๐
(-สามพันหกร้อยบาทถ้วน-)				รวมเป็นเงิน	๓,๖๐๐.๐๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๒๓๕.๕๑
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๓,๘๓๕.๕๑

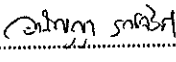
การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ต.ศรีดงเย็น อ.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่
- ระยะเวลารับประกัน.....ปี
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- ใบสั่งซื้อนี้อ้างตามใบสั่งซื้อเลขที่ ๕๖/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๕ ชื่อ วัสดุการแพทย์
โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

(ลงชื่อ)..........ผู้สั่งซื้อ
(นางสาวจริญญา สีเหลือง)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ)..........ผู้รับใบสั่งซื้อ
(นางสาวอนัญญา ราชจรัส)
ตำแหน่ง ผู้ขาย
วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๕



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย หจก.อินสทรูเมนต์ แล็บ
 ที่อยู่ ๔๗/๓๓-๓๔ ต.ช้างเผือก อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ๕๐๓๐๐
 โทรศัพท์ ๐๕๓-๒๒๓๒๙๓-๖
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ๐๕๐๓๕๒๕๐๐๐๔๐๑

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๖๗/๒๕๖๖
 วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖
 ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
 ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ตำบลศรีดงเย็น
 อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่
 โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๗๐-๔๔๔

ตามที่ หจก.อินสทรูเมนต์ แล็บ ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ
 ตามรายการดังต่อไปนี้

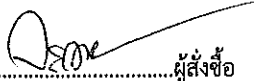
ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
	จัดซื้อวัสดุการแพทย์จำนวน ๑ รายการ				
๑	Spinal no.๒๕	๒๕	อัน	๓๒.๐๐	๘๐๐.๐๐
(-แปดร้อยบาทถ้วน-)				รวมเป็นเงิน	๗๔๗.๖๖
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๕๒.๓๔
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๘๐๐.๐๐

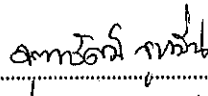
การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ต.ศรีดงเย็น อ.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่
- ระยะเวลาประกัน.....ปี
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสั่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ
 กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของ
 คู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- ใบสั่งซื้อนี้อ้างตามใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๖๗/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖ ชื่อ วัสดุการแพทย์
โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

(ลงชื่อ)..........ผู้สั่งซื้อ
(นางสาวจริญญา สีเหลือง)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ)..........ผู้รับใบสั่งซื้อ
(นางสาวจุฑารัตน์ ขุหมื่น)
ตำแหน่ง ผู้ขาย
วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย สยามเทรดดิ้ง
 ที่อยู่ ๑๕๓ ถ.ประชาธิปไตย ซ.๒ เขตธนบุรี กรุงเทพฯ ๑๐๖๐๐
 โทรศัพท์ ๐๕๓-๒๔๓๒๒๑
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ๓๑๐๑๕๐๑๗๕๑๐๘๘

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๖๖/๒๕๖๖
 วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖
 ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
 ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ตำบลศรีดงเย็น
 อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่
 โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๗๐-๕๕๕

ตามที่ สยามเทรดดิ้ง ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ
 ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)	
	จัดซื้อวัสดุการแพทย์จำนวน ๑ รายการ					
๑	ผ้าอนามัย	๒	กล่อง	๑,๗๐๐.๐๐	๓,๔๐๐.๐๐	
(-สามพันสี่ร้อยบาทถ้วน-)					รวมเป็นเงิน	๓,๔๐๐.๐๐
					ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๐.๐๐
					รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๓,๔๐๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ต.ศรีดงเย็น อ.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่
- ระยะเวลาประกัน.....ปี
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ
- กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนแปลงให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- ใบสั่งซื้อนี้อ้างตามใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๖๖/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖ ชื่อ วัสดุการแพทย์
โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

(ลงชื่อ).....ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ).....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นางอัจฉรา พลังวิธา)
ตำแหน่ง ผู้ขาย
วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖



ใบสั่งจ้าง

ผู้ขาย บริษัท ไรม์ เมดิคอล จำกัด
ที่อยู่ ๑๑๑ ถ.ลาดพร้าว ซอย ๑๒๖ แขวงพลับพลา เขตวังทองหลาง กรุงเทพฯ ๑๐๓๔
โทรศัพท์ ๐๒-๙๓๔๒๑๖๐-๗๕
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ๐๑๐๕๕๓๓๐๓๐๗๕๑

ใบสั่งจ้างเลขที่ ๐๖๘/๒๕๖๖
วันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ตำบลศรีดงเย็น
อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๗๐-๕๕๔

ตามที่ บริษัท ไรม์ เมดิคอล จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงจ้างตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ ที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
	จัดจ้างบำรุงรักษาครุภัณฑ์การแพทย์				
๑	ตรวจเช็คซ่อมเครื่องฉายแสง	๑	งาน	๑,๐๐๐.๐๐	๑,๐๐๐.๐๐
(-หนึ่งพันบาทถ้วน-)				รวมเป็นเงิน	๙๓๔.๕๘
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๖๕.๔๒
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑,๐๐๐.๐๐

การจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งจ้าง
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ต.ศรีดงเย็น อ.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่
- ระยะเวลาประกัน.....ปี
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งจ้าง
กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนแปลงใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งจ้างทุกประการ


๓. ผู้กรณิจ้าง ผู้จ้างจะต้องไม่เอางานทั้งหมดหรือแต่บางส่วนแห่งสัญญาไปจ้างช่วงอีกทอดหนึ่ง เว้นแต่การจ้างช่วงงานแต่บางส่วนที่ได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากผู้ว่าจ้างแล้ว การที่ผู้ว่าจ้างได้อนุญาตให้จ้างช่วงงานแต่บางส่วนดังกล่าวนั้น ไม่เป็นเหตุให้ผู้รับจ้างหลุดพ้นจากความรับผิดหรือพันธหน้าที่ตามสัญญา และผู้รับจ้างจะยังคงต้องรับผิดในความผิด และความประมาทเลินเล่อของผู้รับจ้างช่วง หรือของตัวแทนหรือลูกจ้างของผู้รับจ้างช่วงนั้นทุกประการ กรณีผู้รับจ้างไปจ้างช่วงงานแต่บางส่วนโดยฝ่าฝืนความในวรรคหนึ่งผู้รับจ้างต้องชำระค่าปรับให้แก่ผู้ว่าจ้างเป็นจำนวนเงินในอัตราร้อยละ 10 (สิบ) ของวงเงินของงานที่จ้างช่วงตามสัญญา ทั้งนี้ ไม่ตัดสิทธิผู้ว่าจ้างในการบอกเลิกสัญญา
๔. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- ใบสั่งจ้างนี้อ้างตามใบสั่งจ้างเลขที่ ๐๖๙/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๖ จัดจ้างบำรุงรักษาครุภัณฑ์การแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

(ลงชื่อ).....  ผู้สั่งจ้าง

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ).....  ผู้รับใบสั่งจ้าง

(นายอนุวัฒน์ คงรพ)
ตำแหน่ง ผู้รับจ้าง
วันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๖





ใบสั่งจ้าง

ผู้ขาย บริษัท อินโฟ เมดิคอล จำกัด
ที่อยู่ ๔๙/๑๕ ซ.อุทยาน ๔ แขวงศาลาธรรมสพน์ เขตทวีวัฒนา กรุงเทพฯ ๑๐๑๗๐
โทรศัพท์ ๐๒-๔๙๖๘๕๓๐
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ๐๑๐๕๕๔๕๐๖๐๑๘๘

ใบสั่งจ้างเลขที่ ๐๖๕/๒๕๖๖
วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ตำบลศรีดงเย็น
อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๗๐-๔๔๔

ตามที่ บริษัท อินโฟ เมดิคอล จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงจ้างตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ ที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
	จัดจ้างบำรุงรักษาครุภัณฑ์การแพทย์				
๑	แบตเตอรี่สำหรับเครื่องให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ	๑	ก้อน	๒,๘๐๐.๐๐	๒,๘๐๐.๐๐
(-สองพันแปดร้อยบาทถ้วน-)				รวมเป็นเงิน	๒,๖๑๖.๘๒
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑๘๓.๑๘
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๒,๘๐๐.๐๐

การจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งจ้าง
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ต.ศรีดงเย็น อ.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่
- ระยะเวลาประกัน.....ปี
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งจ้าง กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งจ้างทุกประการ

๗. ผู้กรณีสั่งจ้าง ผู้จ้างจะต้องไม่เอางานทั้งหมดหรือแต่บางส่วนแห่งสัญญาไปจ้างช่วงอีกทอดหนึ่ง เว้นแต่การจ้างช่วงงานแต่บางส่วนที่ได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากผู้ว่าจ้างแล้ว การที่ผู้ว่าจ้างได้อนุญาตให้จ้างช่วงงานแต่บางส่วนดังกล่าวนี้ ไม่เป็นเหตุให้ผู้รับจ้างหลุดพ้นจากความรับผิดหรือพ้นหน้าที่ตามสัญญา และผู้รับจ้างจะยังคงต้องรับผิดชอบในความผิด และความประมาทเลินเล่อของผู้รับจ้างช่วง หรือของตัวแทนหรือลูกจ้างของผู้รับจ้างช่วงนั้นทุกประการ กรณีผู้รับจ้างไปจ้างช่วงงานแต่บางส่วนโดยฝ่าฝืนความในวรรคหนึ่งผู้รับจ้างต้องชำระค่าปรับให้แก่ผู้ว่าจ้างเป็นจำนวนเงินในอัตราร้อยละ 10 (สิบ) ของวงเงินของงานที่จ้างช่วงตามสัญญา ทั้งนี้ ไม่คิดสิทธิผู้ว่าจ้างในการบอกเลิกสัญญา
๘. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- ใบสั่งจ้างนี้อ้างตามใบสั่งจ้างเลขที่ ๐๖๕/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖ จัดจ้างบำรุงรักษาครุภัณฑ์การแพทย์
โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

(ลงชื่อ).....ผู้สั่งจ้าง

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ).....ผู้รับใบสั่งจ้าง

(นางสาวชญากัญญา คุณะเวคิน)
ตำแหน่ง ผู้รับจ้าง
วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๖





ใบสั่งจ้าง

ผู้รับจ้าง บริษัท ภัทราวดี อินเทอร์เน็ต จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๒๘๙ หมู่ ๖
ตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐
โทรศัพท์ ๐๙๘๗-๗๔๗๑๙๗๗
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๕๐๕๕๕๗๐๐๘๐๗๗

ใบสั่งจ้างเลขที่ ๐๗๐/๒๕๖๖
วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชย
ปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔-๑๐๕

ตามที่ บริษัท ภัทราวดี อินเทอร์เน็ต จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงจ้าง ตาม
รายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	ชุดระบบออกซิเจนสำหรับเครื่องช่วยหายใจในรถ พยาบาลรีเฟอร์	๑	ชุด	๑๑,๕๐๐.๐๐	๑๑,๕๐๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๑๐,๗๔๗.๖๖
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๗๕๒.๓๔
(หนึ่งหมื่นหนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๑,๕๐๐.๐๐

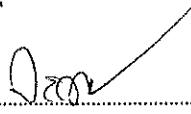
การสั่งจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับใบสั่งจ้าง
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลารับประกัน ๖ เดือน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคางานจ้าง แต่ต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งจ้าง กรณีนี้ผู้รับจ้างจะต้องดำเนินการเปลี่ยนแปลงให้ถูกต้องตามใบสั่งจ้างทุกประการ
- การจ้างช่วง ผู้รับจ้างจะต้องไม่เอางานทั้งหมดหรือแต่บางส่วนไปจ้างช่วงอีกทอดหนึ่ง เว้นแต่การจ้างช่วงงานแต่บางส่วนที่ได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากผู้ว่าจ้างแล้ว การที่ผู้ว่าจ้างได้อนุญาตให้จ้างช่วงงานแต่บางส่วนดังกล่าวนี้ ไม่เป็นเหตุให้ผู้รับจ้างหลุดพ้นจากความรับผิดชอบหรือพันธะหน้าที่และผู้รับจ้างยังคงต้องรับผิดชอบในความผิดและความประมาทเลินเล่อของผู้รับจ้างช่วง หรือของตัวแทนหรือลูกจ้างของผู้รับจ้างช่วงนั้นทุกประการ กรณีผู้รับจ้างไปจ้างช่วงงานแต่บางส่วน โดยฝ่าฝืนความในวรรคหนึ่ง ผู้รับจ้างต้องชำระค่าปรับให้แก่ผู้ว่าจ้างเป็นจำนวนเงินในอัตราร้อยละ ๑๐ (สิบ) ของวงเงินของงาน ที่จ้างช่วง ทั้งนี้ ไม่ตัดสิทธิผู้ว่าจ้างในการบอกเลิกสัญญา

๘. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

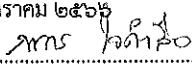
๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งจ้างมีผลตามกฎหมาย
๒. ใบสั่งจ้างสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๕๙๒๑๒๓๖๙ จ้างซ่อมแซมครุภัณฑ์การแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..... .....ผู้สั่งจ้าง

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..... .....ผู้รับใบสั่งจ้าง

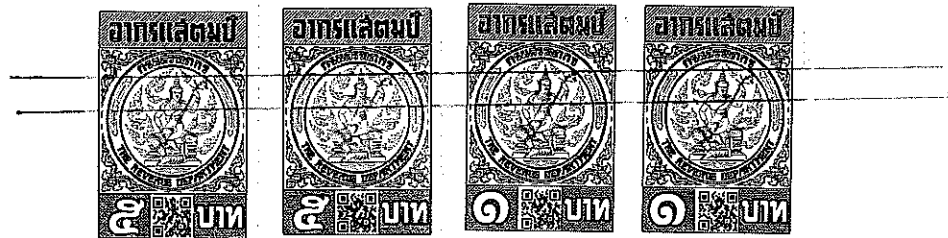
(นางสาวกชกร ใจคำสือ)

ผู้จัดการ

วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๕๙๒๑๒๓๖๙

เลขคุมสัญญา ๖๖๐๕๑๔๑๘๘๕๖๐





ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย เด็นท์-เมท จำกัด

ที่อยู่ ๖๗๙/๓๙-๔๐ ถนนนิสรภาพ (ซอย๓/๑) แขวงวัดอรุณ เขตบางกอกใหญ่ กทม ๑๐๖๐๙ วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖

โทรศัพท์ ๐๒-๔๗๒-๘๑๑๑-๓

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ๐๑๐๕๓๑๐๒๙๗๔๗

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๒๒/๒๕๖๖

ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ

ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ตำบลศรีดงเย็น

อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่

โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๗๐-๔๔๔

ตามที่ เด็นท์-เมท จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและ

ตกลงซื้อตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ ที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
	จัดซื้อวัสดุทันตกรรมจำนวน ๒ รายการ				
๑	Bird Beak	๑	ตัว	๖๕๐	๖๕๐
๒	๓-Beak Plier	๑	ตัว	๖๕๐	๖๕๐
(-หนึ่งพันสามร้อยบาทถ้วน-)				รวมเป็นเงิน	๑,๒๑๔.๙๕
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๘๕.๐๕
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑,๓๐๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

๑. กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ

๒. ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

๓. สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ต.ศรีดงเย็น อ.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่

๔. ระยะเวลาประกัน ๗ วัน

๕. สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ

แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท

๖. ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ

กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

๗. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของ

คู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- ใบสั่งซื้อนี้อ้างตามใบสั่งซื้อเลขที่ ๒๒/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖ ชื่อ วัสดุทันตกรรมจำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

(ลงชื่อ).....๒ เชียงชัย.....เสียงตรง.....ผู้สั่งซื้อ

(นายเชียงชัย เสียงตรง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ).....แมน ฤกษ์กำยี่.....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(แมน ฤกษ์กำยี่)

ตำแหน่ง ผู้ขาย

วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย ดีเคเอสเอช(ประเทศไทย)
ที่อยู่ ๒๑๐๖ ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนงใต้ เขตพระโขนง กรุงเทพฯ๑๐๒๖๐
โทรศัพท์ ๐๒๒๒๐๙๐๐๐
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ๐๑๐๕๕๒๓๐๐๒๑๑๘

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๒๑/๒๕๖๖
วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ตำบลศรีดงเย็น
อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๗๐-๔๔๔

ตามที่ ดีเคเอสเอช(ประเทศไทย) ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ ที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
	จัดซื้อวัสดุทันตกรรมจำนวน ๕ รายการ				
๑	๔๙๓๑C ๕๐, Extra Thin Coarse	๒	ถุง	๓๔๒.๔	๖๘๔.๘
๒	๔๙๓๑C ๕๐, Extra Thin Coarse	๑	ถุง	๐	๐
๓	๔๙๓๑M ๕๐, Extra Thin Medium	๔	ถุง	๓๔๒.๔	๑๓๖๙.๖
๔	๔๙๓๑F ๕๐, Extra Thin Fine	๔	ถุง	๓๔๒.๔	๑๓๖๙.๖
๕	๔๙๓๑SF ๕๐, Extra Thin Sup.Fine	๔	ถุง	๓๔๒.๔	๑๓๖๙.๖
(-สี่พันเจ็ดร้อยเก้าสิบสามบาทหกสิบสตางค์-)				รวมเป็นเงิน	๔,๕๘๐.๐๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๓๑๓.๖๐
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๔,๘๙๓.๖๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ต.ศรีดงเย็น อ.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่
- ระยะเวลารับประกัน ๗ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ
กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- ใบสั่งซื้อนี้อ้างตามใบสั่งซื้อเลขที่ ๒๑/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖ ชื่อ วัสดุทันตกรรมจำนวน ๕ รายการ
โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

(ลงชื่อ) เชียงชัย เสียงตรง ผู้สั่งซื้อ

(นายเชียงชัย เสียงตรง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ) นางนันทราพร ไชยยา ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นางนันทราพร ไชยยา)

ตำแหน่ง ผู้ขาย

วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท แอคคอร์ดี คอร์ปอเรชั่น จำกัด
ที่อยู่ ห้องที่ ๑๕๐๒-๑๕๐๗ ชั้นที่ ๑๕ หมู่บ้าน อาคาร ๒๖ หาวเวอร์ เลขที่
๒๕๕๖ ถนนสุขุมวิท
แขวงบางนาเหนือ เขตบางนา กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๖๐
โทรศัพท์ ๐-๒๑๑๔๔๕๐๐
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๒๐๐๑๒๓๗๖

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๒๐/๒๕๖๖
วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๑ ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชยปราการ จังหวัด
เชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐ ๕๓๘๗ ๐๔๔๔ ต่อ ๑๑๗

ตามที่ บริษัท แอคคอร์ดี คอร์ปอเรชั่น จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	จัดซื้อวัสดุทันตกรรม Platic Instrument ตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้	๑	โครงการ	๑๔,๘๐๐.๐๐	๑๔,๘๐๐.๐๐
(หนึ่งหมื่นสี่พันแปดร้อยบาทถ้วน)				รวมเป็นเงิน	๑๓,๘๓๑.๗๘
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๙๖๘.๒๒
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๔,๘๐๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ หมู่ ๑
- ระยะเวลาประกัน ๓๐ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัชฎาการ หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๑๗๓๖๖๐๑๓ ชื่อวัสดุทันตกรรม Platic Instrument โดยวิธีเฉพาะเจาะจง



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท วี อาร์ พี เด็นท์ จำกัด
ที่อยู่ ชั้นที่ ๔ เลขที่ ๔๕๒ ถนนเพชรบุรี
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๖๑๒-๙๑๓๓
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๓๖๑๑๒๓๗๕

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๙/๒๕๖๖
วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๑ ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชยปราการ จังหวัด
เชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐ ๕๓๘๗ ๐๔๔๔ ต่อ ๑๑๗

ตามที่ บริษัท วี อาร์ พี เด็นท์ จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ
ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	วัสดุทันตกรรมจำนวน ๕ รายการ ตามรายละเอียด ที่แนบมาพร้อมนี้	๑	โครงการ	๑๔,๔๕๐.๐๐	๑๔,๔๕๐.๐๐
(หนึ่งหมื่นสี่พันสี่ร้อยสี่สิบบาทถ้วน)				รวมเป็นเงิน	๑๓,๔๙๕.๓๓
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๙๔๔.๖๗
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๔,๔๔๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ หมู่ ๑
- ระยะเวลารับประกัน ๓๐ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคาส่งของ
ที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้
ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา
เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย

๒ ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๑๗๓๔๐๑๘๕ ชื่อวัสดุทันตกรรมจำนวน ๕ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..... อานาจ กิติเรืองแสงผู้สั่งซื้อ

(นายอานาจ กิติเรืองแสง)

เจ้าหน้าที่

วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..... วิไลวรรณ กันทะเดชผู้รับใบสั่งซื้อ

(นางสาววิไลวรรณ กันทะเดช)

ผู้ขาย

วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๑๗๓๔๐๑๘๕

เลขคุมสัญญา ๖๖๐๑๘๒๗๗๓๕๙



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท เด็นท์-เมท จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๒๗๙/๓๙-๔๐ ถนนอิสริยาภ
แขวงวัดวรมุข เขตบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๖๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๕๕๓๒-๘๑๑๑-๓ ต่อ ๑๒๔
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๓๑๐๒๙๗๔๗

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๘/๒๕๖๖
วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๑ ตำบลศรีตึงเย็น อำเภอไชยปราการ จังหวัด
เชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐ ๕๓๘๗ ๐๔๔๔ ต่อ ๑๑๗

ตามที่ บริษัท เด็นท์-เมท จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ
ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	จัดซื้อวัสดุทันตกรรมจำนวน ๓ รายการตามราย ละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้	๑	โครงการ	๙,๘๖๐.๐๐	๙,๘๖๐.๐๐
(เก้าพันแปดร้อยหกสิบบาทถ้วน)				รวมเป็นเงิน	๙,๒๑๔.๙๕
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๖๔๕.๐๕
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๙,๘๖๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ หมู่ ๑
- ระยะเวลารับประกัน ๓๐ วัน
- สแกนหลักฐานการปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคาสั่งของ
ที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้
ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนแปลงให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา
เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ:

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๑๗๓๓๖๘๑๔ ชื่อวัสดุทันตกรรมจำนวน ๓ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....*81161 น กิตติเรืองแสง*.....ผู้สั่งซื้อ

(นายอำนาจ กิติเรืองแสง)

เจ้าหน้าที่

วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ.....*112 น กฤษณ์กำยี่*.....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นายแมน กฤษณ์กำยี่)

ผู้ขาย

วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๑๗๓๓๖๘๑๔

เลขคุมสัญญา ๖๖๐๑๑๔๒๗๔๗๕๐

หมายเหตุ :

- ใบสั่งซื้อนี้อ้างตามใบสั่งซื้อเลขที่ ๒๔/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖ ชื่อ วัสดุทันตกรรมจำนวน ๑ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

(ลงชื่อ) เชียงชัย เสียงตรง ผู้สั่งซื้อ
(นายเชียงชัย เสียงตรง)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ) เอกรัตน์ อินทร์ปิ่น ผู้รับใบสั่งซื้อ
(เอกรัตน์ อินทร์ปิ่น)
ตำแหน่ง ผู้ช่วย
วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย นูโวเด็นท์ จำกัด

ที่อยู่ ๑๔๙/๑๖๕ หมู่บ้านทิพวัล ๑ ม. ๕ ซอย ๑๔ ถ.เทพารักษ์ ต.เทพารักษ์ อ.เมือง จ.สมุทร วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖

โทรศัพท์ ๐๒๗๕๕๖๖๓๖

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ๐๑๑๕๕๔๗๐๐๔๓๖๖

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๗/๒๕๖๖

ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ

ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ตำบลศรีดงเย็น

อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่

โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๗๐-๔๔๔

ตามที่ นูโวเด็นท์ จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ ที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
	จัดซื้อวัสดุทันตกรรมจำนวน ๓ รายการ				
๑	Diamond Burs E๘๐๑M ๓๑๔ ๐๑๒	๓๕	ตัว	๔๒	๑๔๗๐
๒	Diamond Burs E๘๐๑M ๓๑๔ ๐๑๔	๓๕	ตัว	๔๒	๑๔๗๐
๓	Diamond Burs E๘๐๑M ๓๑๔ ๐๑๘	๓๕	ตัว	๔๒	๑๔๗๐
(-สี่พันสี่ร้อยสิบบาทถ้วน-)				รวมเป็นเงิน	๔,๑๒๑.๕๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๒๘๘.๕๐
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๔,๔๑๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ต.ศรีดงเย็น อ.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่
- ระยะเวลารับประกัน ๗ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ
กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- ใบสั่งซื้อนี้อ้างตามใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๗/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖ ชื่อ วัสดุทันตกรรมจำนวน ๓ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

(ลงชื่อ) เปี่ยม ชัยยศ เสียงตรงผู้สั่งซื้อ

(นายเชียงชัย เสียงตรง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ) ปิยะ ภิรมย์ผู้รับใบสั่งซื้อ

(พิชญ์ ภิรมย์)

ตำแหน่ง ผู้ขาย

วันที่ ๔ มกราคม ๒๕๖๖



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท ไนน์ โกลเด้นท์ กรุ๊ป จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๓๔/๕ หมู่ ๑๕ ถนนสันโค้งน้อย
ตำบลเวียง อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ๕๗๐๐๐
โทรศัพท์ ๐๕๓๗๑๔๗๒๙
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๕๗๕๕๕๓๐๐๐๔๒๐

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๐๒/๒๕๖๖
วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชยปราการ
จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๕๔-๑๑๔

ตามที่ บริษัท ไนน์ โกลเด้นท์ กรุ๊ป จำกัด ได้เสนอราคา วัสดุ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการ
ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ 3รายการ	๑	โครงการ	๕๘,๐๔๐.๐๐	๕๘,๐๔๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๕๑,๖๒๖.๑๗
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๖,๔๑๓.๘๓
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๕๘,๐๔๐.๐๐
(เก้าหมื่นแปดพันสี่สิบบาทถ้วน)					

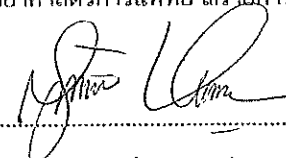
การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๔๕ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลารับประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคาส่งของ
ที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้
ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

๗. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

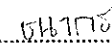
๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
๒. ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๓๗๐๔๒๓๖๗ ชื่อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ๓รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..... ..... ผู้สั่งซื้อ

(นายสุรพล ประทุมทา)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..... ..... ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นายธนกร อินค๊ะ)

พนักงานขาย

วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๓๗๐๔๒๓๖๗

เลขคุมสัญญา ๖๖๐๓๑๔๐๓๕๕๒๔



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท แล็บมาสเตอร์ แอ็ดวานซ์ จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๗๒ ซอยติวานนท์ ๓ ถนนติวานนท์
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๕๖๘-๗๘๑๘
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๒๕๕๕๖๐๐๘๒๐๑

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๐๓/๒๕๖๖
วันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๓ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชยปราการ
จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๕๔๔-๑๓๔

ตามที่ บริษัท แล็บมาสเตอร์ แอ็ดวานซ์ จำกัด ได้เสนอราคา ใ้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ 7 รายการ	๑	โครงการ	๑๙,๖๓๕.๐๐	๑๙,๖๓๕.๐๐
(หนึ่งหมื่นเก้าพันหกร้อยสามสิบบาทถ้วน)				รวมเป็นเงิน	๑๙,๖๓๕.๐๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑,๒๘๔.๕๗
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๙,๖๓๕.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๔๕ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๓ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลาประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

๗. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ:

๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
๒. ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๓๗๐๔๔๘๔๔ ชื่อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ๗ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งซื้อ
(นายสุรพล ประทุมทา)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๖
ลงชื่อ.....ผู้รับใบสั่งซื้อ
(นางสาวสลิลทิพย์ ศิริดวงใจ)
พนักงานขาย

วันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๓๗๐๔๔๘๔๔

เลขคุมสัญญา ๖๖๐๓๑๔๐๓๘๘๘๗