



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลไชยปราการ โทร. 0 5387 0444

ที่ ชม 0033.301/446

วันที่ 11 เมษายน 2566

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารใบสั่งซื้อสิ่งจ้างในรอบเดือนมีนาคม พ.ศ.2566

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไชยปราการ

เรื่องเดิม

ตามประกาศคณะกรรมการข้อมูลข่าวสาร เรื่องกำหนดให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลการพิจารณาการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงานของรัฐเป็นข้อมูลข่าวสารที่ต้องจัดไว้ให้ประชาชนตรวจดูได้ตามมาตรา 9 (8) แห่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540 โดยให้หน่วยงานของรัฐจัดทำสรุปผลการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงานของรัฐเป็นรายเดือนทุก ๆ เดือน ให้มีรายละเอียดเกี่ยวกับงานที่จัดซื้อ จัดจ้าง วงเงินที่จะซื้อหรือจ้าง ราคาากลาง วิธีซื้อหรือจ้าง รายชื่อผู้เสนอราคาและราคาที่เสนอ ผู้ได้รับการคัดเลือกและราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เหตุผลที่คัดเลือกโดยสรุป เลขที่และวันที่ของสัญญา หรือข้อตกลงในการจัดซื้อหรือการจ้าง เพื่อให้ประชาชนเข้าตรวจดูได้ เป็นประจำทุกเดือน

ข้อเสนอ

งานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป ได้ดำเนินการสรุปใบสั่งซื้อสิ่งจ้างพัสดุในรอบเดือน ตามประกาศคณะกรรมการข้อมูลข่าวสาร พร้อมนำเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลไชยปราการประจำทุกเดือน

ข้อเท็จจริง

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

ข้อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อทราบ หากเห็นชอบโปรดลงนามให้เผยแพร่แบบใบสั่งซื้อสิ่งจ้างประจำเดือนมีนาคม พ.ศ.2566 ในเว็บไซต์ของโรงพยาบาลไชยปราการ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

เห็นชอบ - ลงนามแล้ว

(นายกิตติพันธุ์ ชุคม)


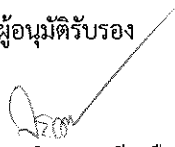

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไชยปราการ

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลไชยปราการ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลไชยปราการ ประจำปีงบประมาณ 2565

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลไชยปราการ	
ชื่อหน่วยงาน	โรงพยาบาลไชยปราการ
วัน/เดือน/ปี	11 เมษายน 2566
หัวข้อ:	ขออนุมัติเผยแพร่บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลไชยปราการ
รายละเอียดข้อมูล : รายงานใบสั่งซื้อสิ่งจ้างในรอบเดือน	
Link ภายนอก.....	
รายงานใบสั่งซื้อสิ่งจ้างพัสดุตามประกาศคณะกรรมการข้อมูลข่าวสาร ในรอบเดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 ประจำปีงบประมาณ 2566	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นางพองพรรณ ชัยวรรณ) ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่พัสดุ วันที่ 11 เดือน เมษายน พ.ศ.2566	ผู้อนุมัติรับรอง  (นางสาวจริญญา สีเหลือง) ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานธุรการปฏิบัติงาน วันที่ 11 เดือน เมษายน พ.ศ.2566
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นายนิรุตติ์ เพี้ยกฤษ) ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานเครื่องคอมพิวเตอร์ วันที่ 11 เดือน เมษายน พ.ศ.2566	



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลไชยปราการ โทร. 0 5387 0444

ที่ ชม 0033.301/443

วันที่ 10 เมษายน 2566

เรื่อง รายงานใบสั่งซื้อสิ่งจ้างในรอบเดือนมีนาคม 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 หากเห็นชอบโปรดลงนามในหนังสือรายงานใบสั่งซื้อสิ่งจ้างในเดือนมีนาคม พ.ศ.2566 เพื่อนำเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลไชยปราการต่อไป

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)
เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

เห็นชอบ - ลงนามแล้ว

(นายกิตติพันธุ์ อุดม)
นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไชยปราการ

ใบสั่งซื้อ

ผู้ชาย บริษัท วี.แอนด์.วี.กรุงเทพฯ จำกัด
 ที่อยู่ ๑๔ ซ.งามวงศ์วาน ๘ ถ.งามวงศ์วาน
 ที่อยู่ ต.บางเขน อ.เมือง จ.นนทบุรี
 โทร ๐-๒๕๕๕-๙๙๙
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๒๕๕๒๓๐๐๐๐๘๓
 เลขที่บัญชีธนาคาร
 ชื่อบัญชี
 ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๑๔
 วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๖
 ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
 ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
 จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท วี.แอนด์.วี.กรุงเทพฯ จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Water for irrigation;779906	irr 1000 ml	300 X 1	24.00 7,200.00
D-5-S/3;529019	inf 500 ml.	200 X 1	25.00 5,000.00
N.S.S.;801522	inf 1000ml	500 X 1	25.00 12,500.00
N.S.S.;801522	inf 500ml	100 X 1	25.00 2,500.00
รวมทั้งสิ้น	๔ รายการ	มูลค่าสินค้า	๒๕,๔๒๐.๕๖ บาท
	(สองหมื่นเจ็ดพันสองร้อยบาทถ้วน)	ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑,๗๗๙.๔๔ บาท
		รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๒๗,๒๐๐.๐๐ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๓๐ เมษายน 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

สพามาตา

หนิงทะเว็ช

ผู้รับใบสั่งซื้อ

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท ไบโอมอลิส จำกัด
ที่อยู่ ๒๓ ซ.อุดมสุข ๓๗ ถ.สุขุมวิท ๑๐๓ แขวงบางจาก
ที่อยู่ เขตพระโขนง กรุงเทพฯ
โทร ๐-๒๓๖๑-๘๑๑๖
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๕๓๐๒๒๓๓๑๑
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๒๒
วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท ไบโอมอลิส จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Rabies vaccine;862174 inj 0.5 ml	200 X 1	238.00	47,600.00
รวมทั้งสิ้น ๑ รายการ	มูลค่าสินค้า	๔๔,๔๘๕.๙๘ บาท	
(สี่หมื่นเจ็ดพันหกร้อยบาทถ้วน)	ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๓,๑๑๔.๐๒ บาท	
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๔๗,๖๐๐.๐๐ บาท	

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลารับประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสินค้าของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ



ผู้สั่งซื้อ

(นายภูานู ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

ลงชื่อ

เบมิกา

มหาพาทิม

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่คู่มือสัญญา :

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท เกร็ดเตอร์มายบาซิน จำกัด
 ที่อยู่ ๔๖/๒ ซ.เจริญนิวงศ์ ๔๐ ถ.เจริญนิวงศ์
 ที่อยู่ แขวงบางยี่ขัน เขตบางพลัด กทม.
 โทร ๐-๒๘๘๖๘๔๔๕-๖
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๗๓๕๕๔๓๐๐๐๔๗๖
 เลขที่บัญชีธนาคาร
 ชื่อบัญชี
 ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๒๖
 วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖
 ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
 ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
 จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท เกร็ดเตอร์มายบาซิน จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม	
Simvastatin;208621	tab 20 mg	200 X 1000	430.00	86,000.00
Salbutamol;770396	sol 0.5%	60 X 1	38.52	2,311.20
รวมทั้งสิ้น	๒ รายการ	มูลค่าสินค้า	๘๒,๕๓๓.๘๓ บาท	
	(แปดหมื่นแปดพันสามร้อยสิบเอ็ดบาทยี่สิบสตางค์)	ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๕,๗๗๗.๓๗ บาท	
		รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๘๘,๓๑๑.๒๐ บาท	

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๖ พฤษภาคม 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

นาย ธิษฏ์กันท์ ณะบุญ

ผู้รับใบสั่งซื้อ

ใบสั่งซื้อ

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

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๒๑
 วันที่ ๘ มีนาคม 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	100 X 100	200.00	20,000.00
Carvedilol	tab 12.5 mg	50 X 100	260.00	13,000.00
รวมทั้งสิ้น	๓ รายการ	มูลค่าสินค้า	๕๐,๓๕๕.๑๔ บาท	
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๓,๕๒๔.๘๖ บาท	
	(ห้าหมื่นสามพันแปดร้อยแปดสิบบาทถ้วน)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๕๓,๘๘๐.๐๐ บาท	

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลารับประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสั่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัชฎาการ หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ



ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :
 เลขที่คุมสัญญา :

ลงชื่อ

จิรนาถ

เนทีสิงทะ

ผู้รับใบสั่งซื้อ

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท พรีเมต ฟาร์มา พลัส จำกัด
ที่อยู่ ๑๗ ซ.อ่อนนุช ๖๔ แขวงสวนหลวง
ที่อยู่ เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ
โทร ๐-๒๓๒๑-๐๕๒๐
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๙๙๒๐๐๒๗๘๕๔๒๔
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๑๐
วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท พรีเมต ฟาร์มา พลัส จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Sodium bicarb.;738438 tab 300 mg	100 X 1000	68.00	6,800.00
รวมทั้งสิ้น ๑ รายการ	มูลค่าสินค้า		๖,๓๕๕.๑๔ บาท
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม		๔๔๔.๘๖ บาท
(หกพันแปดร้อยบาทถ้วน)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		๖,๘๐๐.๐๐ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๙ พฤษภาคม 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

(นายปานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

ลงชื่อ

นิศรภัทร์

ทลวงใจ

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่คুমสัญญา :

ใบสั่งซื้อ

นาย บ.แอปคาร์ ฟาร์มาแลป(ประเทศไทย) จำกัด
ที่อยู่ ๑๐๓/๖๑-๖๒ หมู่ ๔ ถ.ราชพฤกษ์ ต.บางกร่าง
ที่อยู่ อ.เมือง จ.นนทบุรี
โทร ๐-๒๕๒๖-๒๔๒๘-๓๐

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๔๕๑๒๕๑๑๑

เลขที่บัญชีธนาคาร

ชื่อบัญชี

ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๑๑

วันที่ ๒ มีนาคม 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	240 X 1	192.00	46,080.00
รวมทั้งสิ้น ๑ รายการ		มูลค่าสินค้า ๔๓,๐๖๕.๔๒ บาท ภาษีมูลค่าเพิ่ม ๓,๐๑๔.๕๘ บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๔๖,๐๘๐.๐๐ บาท	

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๘ พฤษภาคม 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 :

เลขที่ค้ำสัญญา :

ลงชื่อ

ประภัสรา

หฤกษ์แก้ว

ผู้รับใบสั่งซื้อ

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท นิวไลฟ์ ฟาร์มา จำกัด
 ที่อยู่ ๑๖๖,๑๖๖/๑-๒ ถ.บางกระบือ แขวงสามตำ
 ที่อยู่ เขตบางขุนเทียน กทม.
 โทร ๐-๒๔๕๒-๒๕๕๙
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๓๐๐๕๐๒๙๗
 เลขที่บัญชีธนาคาร
 ชื่อบัญชี
 ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๓๐
 วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖
 ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
 ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีตงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
 จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท นิวไลฟ์ ฟาร์มา จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ		จำนวน	ราคา	รวม
T.A.	cre 0.02% in 5 gm	240 X 1	7.00	1,680.00
Simethicone	syr	120 X 1	14.00	1,680.00
C.P.M.;783693	syr 2 mg/5 ml	500 X 1	9.00	4,500.00
รวมทั้งสิ้น ๓ รายการ		มูลค่าสินค้า	๗,๓๔๕.๗๙ บาท	
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๕๑๔.๒๑ บาท	
(เจ็ดพันแปดร้อยหกสิบบาทถ้วน)		รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๗,๘๖๐.๐๐ บาท	

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

๑. กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖
๒. ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
๓. ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
๔. สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสั่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
๕. ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
๒. ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ



ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

เลขที่คัมสัญญา :

ลงชื่อ

เพ็ญนภา

พิทักษ์ชัยอนันต์

ผู้รับใบสั่งซื้อ

ใบสั่งซื้อ

องค์การเภสัชกรรม
อยู่ ๔๔ หมู่ ๓ ถ.เชียงใหม่-ฮอด
ที่อยู่ อ.หางดง จ.เชียงใหม่
โทร ๐-๕๓๔๔-๑๓๑๕
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๙๙๔๐๐๑๖๕๓๑๕
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๑๗
วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีตงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ องค์การเภสัชกรรม ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม	
Risperidone;388422	tab 2 mg	100 X 60	200.00	20,000.00
Risperidone	tab 1 mg	50 X 60	120.00	6,000.00
Diazepam;560396	inj 10mg. in2ml.	200 X 1	5.21	1,042.00
Carminative mixture;666823	mix 180 ml	200 X 1	16.05	3,210.00
รวมทั้งสิ้น	๖ รายการ	มูลค่าสินค้า	๗๖,๐๙๙.๐๗ บาท	
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๕,๓๒๖.๙๓ บาท	
		รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๘๑,๔๒๖.๐๐ บาท	

(แปดหมื่นหนึ่งพันสี่ร้อยยี่สิบหกบาทถ้วน)

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๙ พฤษภาคม 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

(นายภานุ ใจกุล)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

ผู้สั่งซื้อ

ลงชื่อ

ภักดิ์ภักดิ์

สุพรรณภาทิพย์

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่โครงการ :

เลขที่คัมสัญญา :

ใบสั่งซื้อ

องค์การเภสัชกรรม

ที่อยู่ ๔๔ หมู่ ๓ ถ.เชียงใหม่-ฮอด

ที่อยู่ อ.หางดง จ.เชียงใหม่

โทร ๐-๕๓๔๔-๑๓๑๕

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๙๙๔๐๐๐๑๖๕๓๑๕

เลขที่บัญชีธนาคาร

ชื่อบัญชี

ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๑๖

วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖

ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ

ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีตุงเย็น อำเภอ ไชยปราการ

จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ องค์การเภสัชกรรม ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Triferdine(Iodine+Folic+Iron);73739 tab 30's	100 X 30	25.00	2,500.00
Propranolol;235795 tab 10 mg	20 X 500	123.00	2,460.00
Prednisolone;237007 tab 5 mg	20 X 500	175.58	3,511.60
Oseltamivir;339303 cap 30 mg	10 X 10	120.00	1,200.00
รวมทั้งสิ้น ๑๔ รายการ	มูลค่าสินค้า		๖๕,๒๑๓.๖๑ บาท
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม		๔,๕๖๔.๙๕ บาท
(หกหมื่นเก้าพันเจ็ดร้อยเจ็ดสิบแปดบาทห้าสิบบาทสตางค์)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		๖๙,๗๗๘.๕๖ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครอบคลุมส่งมอบวันที่ ๒๑ พฤษภาคม 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

(นายปานุ ไจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

เลขที่คুমสัญญา :

ลงชื่อ

ภักดิ์ศักดิ์

สุพรรณากิพย์

ผู้รับใบสั่งซื้อ

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
an;206200	tab 50 mg	108 X 200	214.00 23,112.00
amivudine;322052	tab 150 mg	20 X 60	187.20 3,744.00
Hydrogen peroxide;731554	sol 20 vol.in450ml.	12 X 1	25.78 309.36
HCTZ;302864	tab 25 mg	30 X 500	90.00 2,700.00
Fluoxetine HCl;247815	tab 20 mg	20 X 500	249.31 4,986.20
AZT;641674	syr 60 ml	2 X 1	50.00 100.00
Atropine SO4;802062	inj 0.6 mg in 1ml.	100 X 1	5.35 535.00
Amoxycillin;226483	cap 500 mg	12 X 500	650.00 7,800.00
Amitriptyline;244734	tab 10 mg	20 X 500	166.92 3,338.40
Allopurinol;234092	tab 100 mg	60 X 500	224.70 13,482.00

รวมทั้งสิ้น	๑๔ รายการ	มูลค่าสินค้า	๖๕,๒๑๓.๖๑ บาท
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๔,๕๖๔.๙๕ บาท
(หกหมื่นเก้าพันเจ็ดร้อยเจ็ดสิบแปดบาทห้าสิบบาทหกสตางค์)		รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๖๙,๗๗๘.๕๖ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครอบคลุมส่งมอบวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสินค้าของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดต่อการแสดมภ์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายราชการ หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ



ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

ลงชื่อ

ภักดิ์ดี

สุพรรณากิพิมพ์

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่คุมสัญญา :

ใบสั่งซื้อ

ผู้ชาย บ. พาดาร์แลบ(๒๕๑๗) จำกัด
ที่อยู่ ๕๑ หมู่ ๓ ถ.เลียบบคลอง ๗ ต.บึงคำพร้อย
ที่อยู่ อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี
โทร ๐-๒๑๕๒-๘๘๒๓-๔
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๕๑๐๕๘๔๓๒
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๓๑
วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บ. พาดาร์แลบ(๒๕๑๗) จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตาม
รายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม	
Folic acid;689609	tab 5 mg	30 X 1000	180.00	5,400.00
Ferrous fumerate	tab 200 mg	30 X 1000	180.00	5,400.00
Doxazosin;273203	tab 2 mg	20 X 1000	210.00	4,200.00
Colchicine	tab 0.6 mg	30 X 500	150.00	4,500.00
รวมทั้งสิ้น	๔ รายการ	มูลค่าสินค้า	๑๘,๒๒๔.๓๐ บาท	
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑,๒๗๕.๗๐ บาท	
	(หนึ่งหมื่นเก้าพันห้าร้อยบาทถ้วน)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๙,๕๐๐.๐๐ บาท	

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครอบคลุมส่งมอบวันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสินค้าของ
ที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ
กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ

ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

เลขที่คัมสัญญา :

ลงชื่อ

วิมลพงศ์ ทุ่งใหญ่

ผู้รับใบสั่งซื้อ

ใบสั่งซื้อ

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

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๑๙
วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท แอตแลนต้า 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	
(ห้าหมื่นเจ็ดพันห้าร้อยบาทถ้วน)	ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๓,๗๖๑.๖๘ บาท	
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๕๗,๕๐๐.๐๐ บาท	

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสั่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายราชการ หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ

ผู้สั่งซื้อ

(นายภาณุ ใจกุล)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

ลงชื่อ

พิภธิพงษ์

วงค์นาพาน

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่คุมสัญญา :

ใบสั่งซื้อ

ร.ก. ภิญญูฟาร์มาซี
๑๒๑/๑-๓ ถ.พุทธมณฑลสาย ๑
อยู่ แขวงบางระมาด เขตตลิ่งชัน กรุงเทพฯ
โทร ๐-๒๕๔๑๑-๑๒๖๔
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๓๕๒๑๐๐๘๕๗๕
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๓๒
วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ ร.ก. ภิญญูฟาร์มาซี ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Transamic acid;763365 inj 250 mg	200 X 1	17.50	3,500.00
Sod.valpoate;644552 tab 200 mg	50 X 100	110.00	5,500.00
Omeprazole;207541 inj 40 mg	500 X 1	12.60	6,300.00
Metronidazole;520626 inj 0.5% in 100ml	500 X 1	13.80	6,900.00
รวมทั้งสิ้น ๕ รายการ		มูลค่าสินค้า ๒๘,๕๙๘.๑๓ บาท	
(สามหมื่นหกกร้อยบาทถ้วน)		ภาษีมูลค่าเพิ่ม ๒,๐๐๑.๘๗ บาท	
		รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๓๐,๖๐๐.๐๐ บาท	

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๖ พฤษภาคม 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

ชลภิกษา

บุณช
|
๗

ผู้รับใบสั่งซื้อ

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
zone;694511 inj 1 gm	1000 X 1	8.40	8,400.00

รวมทั้งสิ้น	๕ รายการ	มูลค่าสินค้า	๒๘,๕๙๘.๑๓ บาท
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๒,๐๐๑.๘๗ บาท
	(สามหมื่นหกร้อยบาทถ้วน)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๓๐,๖๐๐.๐๐ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครอบคลุมส่งมอบวันที่ ๖ พฤษภาคม 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



ผู้สั่งซื้อ

(นายภูานู ใจกุล)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :
เลขที่คুমสัญญา :

ลงชื่อ

ชลภิกษา

บุญชู
1

ผู้รับใบสั่งซื้อ

ใบสั่งซื้อ

บริษัท เซ็นทรัลโพลีเทคดิ่ง จำกัด
อยู่ ๙๙/๑๐ หมู่ ๖ ถ.บางบัวทอง-สุพรรณบุรี
ที่อยู่ ต.ราชกรูด อ.ไทรน้อย จ.นนทบุรี
โทร ๐-๒๙๘๕-๕๘๕๕-๗
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๑๖๐๑๐๙๔๑
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๑๒
วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท เซ็นทรัลโพลีเทคดิ่ง จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม	
Lorazepam;246750	tab 1 mg	30 X 1000	260.00	7,800.00
Dipotassium clorazepate;532636	cap 5 mg	30 X 250	147.00	4,410.00
Lorazepam;246709	tab 0.5 mg	50 X 1000	182.00	9,100.00
Perphenazine;407875	tab 8 mg	10 X 1000	485.00	4,850.00
รวมทั้งสิ้น	๔ รายการ	มูลค่าสินค้า	๒๔,๔๔๘.๖๐ บาท	
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑,๗๑๑.๔๐ บาท	
	(สองหมื่นหกพันหนึ่งร้อยหกสิบบาทถ้วน)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๒๖,๑๖๐.๐๐ บาท	

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลารับประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสินค้าของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ



ผู้สั่งซื้อ

(นายญาณุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

ลงชื่อ

ศิริณี ศิริพร

กฤษณินทิพย์

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่คুমสัญญา :

ใบสั่งซื้อ

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

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๒๐
วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท แอดแลนติก ฟาร์มาซูติคอล จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Phenytoin Na;965429	inj 250 mg 30 X 1	144.00	4,320.00
Fluphenazine;764475	inj 25 mg/ml 100 X 1	29.00	2,900.00
รวมทั้งสิ้น ๒ รายการ	มูลค่าสินค้า		๖,๒๒๐.๐๐ บาท
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม		๔๗๒.๓๔ บาท
(เจ็ดพันสองร้อยยี่สิบบาทถ้วน)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		๖,๖๙๒.๓๔ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๙ พฤษภาคม 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 :

ลงชื่อ

กฤษณีย์

ปิยะ ภักดิ์งานนท์

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่ค้ำสัญญา :

ใบสั่งซื้อ

นาย บ.ฮิลลอล ฟาร์มาซูติคอล จำกัด
ที่อยู่ ๑๑๑๒/๘๘-๙๐ ถ.สุขุมวิท แขวงพระโขนง
ที่อยู่ เขตคลองเตย กรุงเทพฯ
โทร ๐๒-๓๘๑๖๙๐๑
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๒๗
วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีตงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บ.ฮิลลอล ฟาร์มาซูติคอล จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Budesonide (Nasal) inh 64 mcg	120 X 1	139.10	16,692.00
รวมทั้งสิ้น ๑ รายการ	มูลค่าสินค้า	๑๕,๖๐๐.๐๐ บาท	
(หนึ่งหมื่นหกพันหกร้อยเก้าสิบสองบาทถ้วน)	ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑,๐๙๒.๐๐ บาท	
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๖,๖๙๒.๐๐ บาท	

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๖ พฤษภาคม 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

(นายอนุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

ลงชื่อ

พพรณิกกา แก้วแสนพุด

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่คัมสัญญา :

ใบสั่งซื้อ

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

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๒๔
วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บ.ดีทีแฮล์ม เคลเลอร์ โลจิสติกส์ จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Ferrous fumerate drop sus 15mg/0.6ml	240 X 1	26.75	6,420.00
Vitamin B1 tab 100 mg	20 X 1000	299.60	5,992.00
Diclofenac tab 25 mg	20 X 1000	117.70	2,354.00
รวมทั้งสิ้น ๓ รายการ	มูลค่าสินค้า	๑๓,๘๐๐.๐๐ บาท	
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๙๖๖.๐๐ บาท	
(หนึ่งหมื่นสี่พันเจ็ดร้อยหกสิบหกบาทถ้วน)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๔,๗๖๖.๐๐ บาท	

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๖ พฤษภาคม 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

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

ผู้สั่งซื้อ

เลขที่โครงการ :

เลขที่คุมสัญญา :

ลงชื่อ

จักรกฤษณ์

เกษิ์เดือนเพ็ญ

ผู้รับใบสั่งซื้อ

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท สยามฟาร์มาซูติคอล จำกัด
ที่อยู่ ๑๗๑/๑-๒ ซอยโชคชัยร่วมมิตร ถ.วิภาวดีรังสิต
ที่อยู่ แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ
โทร ๐-๒๖๒๕-๙๙๙๙
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๐๙๐๐๒๒๒๐
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๓๔
วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท สยามฟาร์มาซูติคอล จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตาม
รายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Sertraline;652235 tab 50 mg	10 X 500	802.50	8,025.00
Meropenem;944239 inj 1 gm	200 X 1	107.00	21,400.00

รวมทั้งสิ้น	๒ รายการ	มูลค่าสินค้า	๒๗,๕๐๐.๐๐ บาท
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑,๙๒๕.๐๐ บาท
(สองหมื่นเก้าพันสี่ร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน)		รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๒๙,๔๒๕.๐๐ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๖ พฤษภาคม 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

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :
เลขที่คุมสัญญา :

ลงชื่อ พิชชาพร ชาญพานิชกิจไชย ผู้รับใบสั่งซื้อ

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท ดีเคเอสเอช(ประเทศไทย) จำกัด
ที่อยู่ ๒๑๐๖ ถ.สุขุมวิท แขวงพระโขนงใต้
ที่อยู่ เขตพระโขนง กรุงเทพฯ
โทร ๐-๒๓๓๓-๑๐๖๔
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๒๓๐๐๒๑๑๘
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๒๓
วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีตงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท ดีเคเอสเอช(ประเทศไทย) จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Chlorhexidine Scrub sol 450 ml	60 X 1	80.25	4,815.00
Chlorhexidine mouth wash sol 180 ml	60 X 1	40.66	2,439.60
Aspirin enteric;768466 tab 81 mg	50 X 1000	155.15	7,757.50
รวมทั้งสิ้น ๓ รายการ		มูลค่าสินค้า ๑๔,๐๓๐.๐๐ บาท	
(หนึ่งหมื่นห้าพันสี่ร้อยสามสิบสองบาทสิบสตางค์)		ภาษีมูลค่าเพิ่ม ๙๘๒.๑๐ บาท	
		รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑๕,๐๑๒.๑๐ บาท	

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสั่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายอาญา หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ

ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

ลงชื่อ

ศุภกรวิทย์

แพงจิง

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่คู่สัญญา :

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท คอสม่า เทรดดิ้ง จำกัด
ที่อยู่ ๙๙ ซอยรุเปีย ถ.สุขุมวิท ๔๒ แขวงพระโขนง
ที่อยู่ เขตคลองเตย กรุงเทพฯ
โทร ๐-๒๓๖๗-๑๑๑๑
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๕๕๐๐๙๘๗๕
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๓๖
วันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท คอสม่า เทรดดิ้ง จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตาม
รายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Insulin NPH;657846	inj susp 100 iu/ml 300 X 1	61.50	18,450.00
Insulin 70/30;657748	inj 30:70 in 10ml 1000 X 1	61.50	61,500.00
รวมทั้งสิ้น ๒ รายการ	มูลค่าสินค้า		๗๙,๙๕๐.๖๓ บาท
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม		๕,๒๓๐.๓๗ บาท
(เจ็ดหมื่นเก้าพันเก้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		๗๙,๙๕๐.๐๐ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๖ พฤษภาคม 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 :
เลขที่ค้ำสัญญา :

ลงชื่อ

ดร.กรรณ เจริญกุลชัย

ผู้รับใบสั่งซื้อ

ใบสั่งซื้อ

บริษัท วี.แอนด์.วี.กรุงเทพฯ จำกัด
ที่อยู่ ๑๔ ซ.งามวงศ์วาน ๘ ถ.งามวงศ์วาน
ที่อยู่ ต.บางเขน อ.เมือง จ.นนทบุรี
โทร ๐-๒๕๕๕-๙๙๙
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๒๕๕๒๓๐๐๐๐๙๓
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๓๘
วันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท วี.แอนด์.วี.กรุงเทพฯ จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Water for inj. (Bot.);882808	inj 100 ml 400 X 1	14.00	5,600.00
N.S.S. irrigation;789504	irr 1000 ml 1000 X 1	24.00	24,000.00
รวมทั้งสิ้น ๒ รายการ	มูลค่าสินค้า		๒๗,๖๖๓.๕๕ บาท
(สองหมื่นเก้าพันหกร้อยบาทถ้วน)	ภาษีมูลค่าเพิ่ม		๑,๙๓๖.๔๕ บาท
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		๒๙,๖๐๐.๐๐ บาท

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๖ พฤษภาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสิ่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดต่อการแสดมภ์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาชญากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ



ผู้สั่งซื้อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

เลขที่โครงการ :

ลงชื่อ

นิมาภค

นันท์ เจริญ

ผู้รับใบสั่งซื้อ

เลขที่คัมสัญญา :

ใบสั่งซื้อ

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

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๖๖
วันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท แอตแลนต้า 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 ครอบคลุมส่งมอบวันที่ ๒๓ พฤษภาคม 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 :
เลขที่คัมสัญญา :

ลงชื่อ

สิทธิพงษ์ วงศ์มาพาน

ผู้รับใบสั่งซื้อ

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท พรีเมต ฟาร์มา พลัส จำกัด
ที่อยู่ ๑๗ ซ.อ่อนนุช ๖๔ แขวงสวนหลวง
ที่อยู่ เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ
โทร ๐-๒๓๒๑-๐๕๒๐
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๙๙๒๐๐๒๗๘๕๔๒๔
เลขที่บัญชีธนาคาร
ชื่อบัญชี
ธนาคาร

เลขที่ใบสั่งซื้อ ๖๖๑๓๗
วันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ ๓ ตำบล ศรีดงเย็น อำเภอ ไชยปราการ
จังหวัด เชียงใหม่ โทร ๐๕๓-๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท พรีเมต ฟาร์มา พลัส จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตาม
รายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	ราคา	รวม
Glyceryl guaiacolate;616150 syr 100mg/5ml 60	400 X 1	14.00	5,600.00
Spironolactone;233408 tab 100 mg	10 X 100	235.00	2,350.00
Potassium Chloride eli 240 ml	60 X 1	53.50	3,210.00
รวมทั้งสิ้น ๓ รายการ	มูลค่าสินค้า	๑๐,๔๒๙.๙๑ บาท	
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๗๓๐.๐๙ บาท	
(หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหนึ่งร้อยหกสิบบาทถ้วน)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๑,๑๖๐.๐๐ บาท	

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ ครอบคลุมส่งมอบวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๖
- ส่งมอบ ณ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลไชยปราการ
- ระยะเวลาประกัน ตลอดอายุเวชภัณฑ์ยา
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสั่งของ
ที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบ ถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ
กรณีนี้ ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

หมายเหตุ :

- การติดต่อการแสดมภ์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายราชการ หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ

ลงชื่อ

(นายภานุ ใจกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

ผู้สั่งซื้อ

เลขที่โครงการ :

เลขที่คัมสัญญา :

ลงชื่อ

หิรภัทร์ ทลวงใจ

ผู้รับใบสั่งซื้อ



ใบสั่งจ้าง

ผู้ขาย หจก.เมดิคอล อีคิวเมนท์ เซลล์ แอนด์ เซอร์วิส
ที่อยู่ ๙๙-๑๐๑-๑๐๓ ถ.แก้วนารีรัฐ ต.วัดเกต อ.เมืองเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่ ๕๐๐๐๐
โทรศัพท์ ๐๕๓-๓๒๘๐๓๒
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ๐๕๐๓๕๕๓๐๐๔๓๘๒

ใบสั่งจ้างเลขที่ ๑๑๓/๒๕๖๖
วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ตำบลศรีดงเย็น
อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๗๐-๔๔๔๔

ตามที่ หจก.เมดิคอล อีคิวเมนท์ เซลล์ แอนด์ เซอร์วิส ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงจ้างตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
	จัดจ้างซ่อมแซมครุภัณฑ์การแพทย์				
๑	ตัวล็อกราวกันเตียง	๑	ชุด	๒,๕๐๐.๐๐	๒,๕๐๐.๐๐
(-สองพันห้าร้อยบาทถ้วน-)				รวมเป็นเงิน	๒,๓๓๖.๕๕
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑๖๓.๕๕
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๒,๕๐๐.๐๐

การจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

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

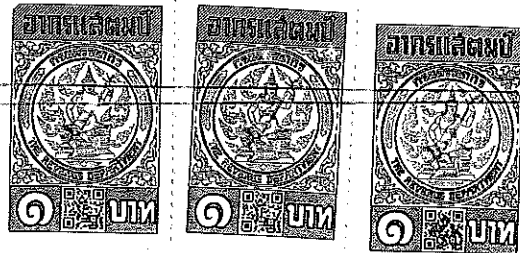
๗. ผู้กรณีสั่งจ้าง ผู้จ้างจะต้องไม่เอางานทั้งหมดหรือแต่บางส่วนแห่งสัญญาไปจ้างช่วงอีกทอดหนึ่ง เว้นแต่การจ้างช่วงงานแต่บางส่วนที่ได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากผู้ว่าจ้างแล้ว การที่ผู้ว่าจ้างได้อนุญาตให้จ้างช่วงงานแต่บางส่วนดังกล่าวนี้ ไม่เป็นเหตุให้ผู้รับจ้างหลุดพ้นจากความรับผิดหรือพ้นหน้าที่ตามสัญญา และผู้รับจ้างจะยังคงต้องรับผิดชอบในความผิด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

หมายเหตุ :

- ใบสั่งจ้างนี้อ้างตามใบสั่งจ้างเลขที่ ๑๑๓/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๖ จัดจ้างซ่อมแซมครุภัณฑ์การแพทย์
โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

(ลงชื่อ).....ผู้สั่งจ้าง
(นางสาวจริญญา สีเหลือง)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ).....ผู้รับใบสั่งจ้าง
(นางสาวกฤษณ์ สุวิเศษ)
ตำแหน่ง ผู้รับจ้าง
วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๖





ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย ห้างหุ้นส่วนจำกัด เชียงใหม่การดับเพลิง

ที่อยู่ เลขที่ ๓๓/๕ หมู่ ๒

ตำบลช้างเผือก อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๓๐๐

โทรศัพท์ ๐-๕๓๔๐-๐๘๙๓

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๕๐๓๕๕๐๐๑๗๑๗

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๑๐/๒๕๖๖

วันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๖

ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ

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

จังหวัดเชียงใหม่

โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔๔-๑๐๕

ตามที่ ห้างหุ้นส่วนจำกัด เชียงใหม่การดับเพลิง ได้เสนอราคา ใ้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

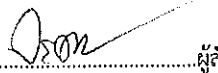
ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	น้ำยาเหลวระเหย Non CFC ขนาด ๑๐ ปอนด์	๒	เครื่อง	๓,๐๐๐.๐๐	๖,๐๐๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๕,๖๐๗.๔๘
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๓๙๒.๕๒
(หกพันบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๖,๐๐๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลารับประกัน ๗ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสิ่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของผู้สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ:

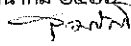
- การติดต่อการแสดมบให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๕๙๒๓๖๑๒๐ ชื่อวัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..... ..... ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..... ..... ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นายสมบัติ กันชนะ)

ผู้จัดการ

วันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๕๙๒๓๖๑๒๐

เลขคุมสัญญา ๖๖๐๕๑๔๒๓๐๖๑๘



ใบสั่งจ้าง

ผู้รับจ้าง ห้างหุ้นส่วนจำกัด เมตติคอล อีควิเมนต์ เซลล์ แอนด์ เซอร์วิส
ที่อยู่ เลขที่ ๕๐/๑๕ หมู่ ๑๐
ตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐
โทรศัพท์ ๐-๕๓๒๗-๙๙๗
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๕๐๓๕๕๓๐๐๔๓๘๒

ใบสั่งจ้างเลขที่ ๑๑๑/๒๕๖๖
วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชย
ปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔-๑๐๕

ตามที่ ห้างหุ้นส่วนจำกัด เมตติคอล อีควิเมนต์ เซลล์ แอนด์ เซอร์วิส ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคา และตกลงจ้าง ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	สายวัดค่าออกซิเจนในเลือด	๒	เส้น	๖,๕๐๐.๐๐	๑๓,๐๐๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๑๒,๑๔๙.๕๓
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๘๕๐.๔๗
(หนึ่งหมื่นสามพันบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๓,๐๐๐.๐๐

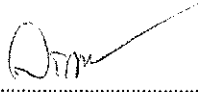
การสั่งจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ผู้รับจ้างได้รับใบสั่งจ้าง
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลารับประกัน ๖ เดือน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคางานจ้าง แต่ต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งจ้าง กรณีนี้ผู้รับจ้างจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งจ้างทุกประการ
- การจ้างช่วง ผู้รับจ้างจะต้องไม่เองงานทั้งหมดหรือแต่บางส่วนไปจ้างช่วงอีกทอดหนึ่ง เว้นแต่การจ้างช่วงงานแต่บางส่วนที่ได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากผู้ว่าจ้างแล้ว การที่ผู้ว่าจ้างได้อนุญาตให้จ้างช่วงงานแต่บางส่วนดังกล่าวนี้ ไม่เป็นเหตุให้ผู้รับจ้างหลุดพ้นจากความรับผิดชอบหรือพันธะหน้าที่และผู้รับจ้างจะยังคงต้องรับผิดชอบในความผิดและความประมาทเลินเล่อของผู้รับจ้างช่วง หรือของตัวแทนหรือลูกจ้างของผู้รับจ้างช่วงนั้นทุกประการ กรณีผู้รับจ้างไปจ้างช่วงงานแต่บางส่วน โดยฝ่าฝืนความในวรรคหนึ่ง ผู้รับจ้างต้องชำระค่าปรับให้แก่ผู้ว่าจ้างเป็นจำนวนเงินในอัตราร้อยละ ๑๐ (สิบ) ของวงเงินของงาน ที่จ้างช่วง ทั้งนี้ ไม่ตัดสิทธิ์ผู้ว่าจ้างในการบอกเลิกสัญญา

๘. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

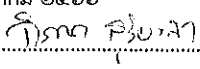
๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งจ้างมีผลตามกฎหมาย
๒. ใบสั่งจ้างสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๕๙๒๓๙๐๗๓ จ้างซ่อมแซมครุภัณฑ์การแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..... .....ผู้สั่งจ้าง

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..... .....ผู้รับใบสั่งจ้าง

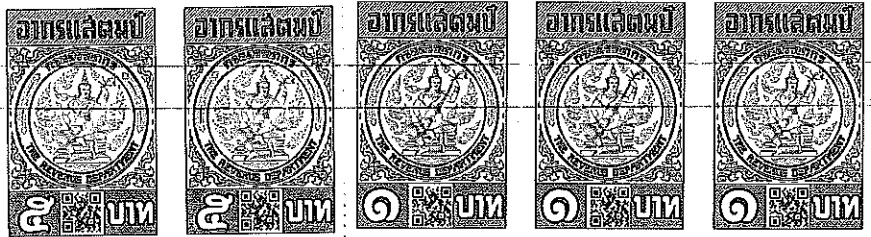
(นางสาวกิริณา สุริยะสา)

ผู้รับจ้าง

วันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๕๙๒๓๙๐๗๓

เลขคุมสัญญา ๖๖๐๕๑๔๒๖๙๖๒





ใบสั่งจ้าง

ผู้รับจ้าง ห้างหุ้นส่วนจำกัด ซี.เอ็ม.เมต โซลูชั่น
ที่อยู่ เลขที่ ๑๙๑/๒๑ หมู่ ๘
ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๙๐
โทรศัพท์ ๐๖๕๒๖๕๙๕๖๖
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๕๐๓๕๖๐๐๐๘๘๗๑

ใบสั่งจ้างเลขที่ ๑๑๒/๒๕๖๖
วันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชยปราการ
จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔๕-๑๐๕

ตามที่ ห้างหุ้นส่วนจำกัด ซี.เอ็ม.เมต โซลูชั่น ได้เสนอราคา ใ้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงจ้าง ตาม
รายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	ซ่อมเครื่องปั่นเหวี่ยงตกตะกอน ดังนี้ -ซ่อมDriver motor -ซ่อมMotor speed control -ทำความสะอาด Contact Motor พร้อมทดสอบการทำงานของเครื่อง	๑	เครื่อง	๕,๘๐๐.๐๐	๕,๘๐๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๕,๘๒๐.๕๖
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๓๗๙.๔๔
(ห้าพันแปดร้อยบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๕,๘๐๐.๐๐

การสั่งจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับใบสั่งจ้าง
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒ เมษายน 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 ไม่เป็นเหตุให้ผู้รับจ้างหลุดพ้นจากความรับผิดชอบหรือพ้นหน้าที่และผู้รับจ้างจะยังคงต้องรับผิดชอบในคามผิดและความประมาทเลินเล่อของผู้รับจ้างช่วง หรือของตัวแทนหรือลูกจ้างของผู้รับจ้างช่วงนั้นทุกประการ กรณีผู้รับจ้างไปจ้างช่วงงานแต่บางส่วน โดยฝ่าฝืนความในวรรคหนึ่ง ผู้รับจ้างต้องชำระค่าปรับให้แก่ผู้ว่าจ้างเป็นจำนวนเงินในอัตราร้อยละ ๑๐ (สิบ) ของวงเงินของงาน ที่จ้างช่วง ทั้งนี้ ไม่ตัดสิทธิ์ผู้ว่าจ้างในการบอกเลิกสัญญา

๘. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งจ้างมีผลตามกฎหมาย
๒. ใบสั่งจ้างสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๕๔๒๓๘๙๒๗ จ้างซ่อมแซมครุภัณฑ์การแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งจ้าง

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ.....ผู้รับใบสั่งจ้าง

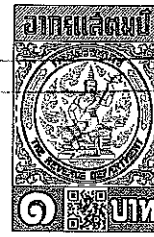
(นางสาวเบญจพร ปัญราษมิตร)

ผู้รับจ้าง

วันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๕๔๒๓๘๙๒๗

เลขคู่สัญญา ๖๖๐๕๑๔๒๒๘๓๘๒





ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท ชุมิตร ๑๙๖๗ จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๑๓ ซอยลาดพร้าว ๔๙(เลขร) ถนนลาดพร้าว
แขวงคลองเจ้าคุณสิงห์ เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๑๐
โทรศัพท์ ๐๒๕๔๒๑๗๙๕
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๑๑๐๐๓๗๐๐

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๑๖/๒๕๖๖
วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีตงเย็น อำเภอไชยปราการ
จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔๔-๑๐๕

ตามที่ บริษัท ชุมิตร ๑๙๖๗ จำกัด ได้เสนอราคา iva ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

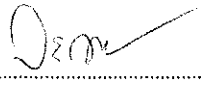
ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	Syringe insulin ๐.๕ ml	๑๐๐	กล่อง	๑๘๐.๐๐	๑๘,๐๐๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๑๖,๘๒๒.๔๓
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑,๑๗๗.๕๗
(หนึ่งหมื่นแปดพันบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๘,๐๐๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลารับประกัน ๗ วัน
- สงวนสิทธิ์คำปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

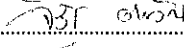
1. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
2. ใบสั่งซื้อส่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๕๔๒๓๘๔๓๐ ชื่อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..........ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..........ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นายจิรัฐ ตะวัน)

ผู้ชาย

วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๕๔๒๓๘๔๓๐

เลขคุมสัญญา ๖๖๐๕๑๒๒๘๘๐๘



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย ห้างหุ้นส่วนจำกัด อินสทรูเมนท์ แล็บ

ที่อยู่ เลขที่ ๒๔๓ หมู่ ๕

ตำบลสันผักหวาน อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๓๐

โทรศัพท์ ๐๕๓-๒๒๓๒๕๓-๖

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๕๐๓๕๒๕๐๐๐๔๐๑

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๑๕/๒๕๖๖

วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖

ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ

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

ปราการ จังหวัดเชียงใหม่

โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔-๑๐๕

ตามที่ ห้างหุ้นส่วนจำกัด อินสทรูเมนท์ แล็บ ได้เสนอราคา วัสดุ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตาม
รายการดังต่อไปนี้

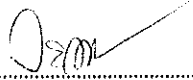
ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	วัสดุการแพทย์ จำนวน ๑๒ รายการ	๑	โครงการ	-	๓๔,๔๗๘.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๓๒,๒๒๒.๔๓
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๒,๒๕๕.๕๗
(สามหมื่นสี่พันสี่ร้อยเจ็ดสิบแปดบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๓๔,๔๗๘.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๗ เมษายน 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 :

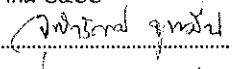
๑. การติดต่อการแสดมปีให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัชฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
๒. ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๕๙๒๓๗๔๓๖ ชื่อวัสดุการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..........ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..........ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นางสาวจุฬารัตน์ ชูหมื่น)

ผู้ขาย

วันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๕๙๒๓๗๔๓๖

เลขคุมสัญญา ๖๖๐๕๑๔๒๓๗๕๕๒

รายการจัดซื้อวัสดุการแพทย์แบบใบสั่งซื้อ

ลำดับ ที่	รายการ (รายละเอียดพัสดุ)	จำนวน	หน่วยนับ	ราคา/หน่วย	ราคารวม
๑	Set IV สำหรับผู้ใหญ่	๑,๒๐๐	ชุด	๘.๕๖	๑๐,๒๗๒.๐๐
๒	IV catheter no.๒๒	๒๐	กล่อง	๓๘๓.๐๐	๗,๘๖๐.๐๐
๓	Suction no.๖	๑๐๐	เส้น	๒.๘๐	๒๘๐.๐๐
๔	Foley catheter ๓ way no.๑๘	๑๐	เส้น	๕๐.๐๐	๕๐๐.๐๐
๕	Foley catheter ๓ way no.๑๖	๑๐	เส้น	๕๐.๐๐	๕๐๐.๐๐
๖	Foley catheter ๒ way no.๑๔	๖๐	เส้น	๑๔.๕๐	๘๗๐.๐๐
๗	พลาสติกกระดาด ขนาด ๑ นิ้ว	๑๐	กล่อง	๒๐๐.๐๐	๒,๐๐๐.๐๐
๘	ป้ายผูกข้อมือผู้ใหญ่	๖	กล่อง	๒๘๐.๐๐	๑,๖๘๐.๐๐
๙	stip ปราศจากเชื้อขนาด ๖.๔ mm x๗๖ mm	๒	กล่อง	๘๒๐.๐๐	๑,๖๔๐.๐๐
๑๐	ลูกสูบยางแดง เบอร์ ๑	๒๔	ลูก	๔๙.๐๐	๑,๑๗๖.๐๐
๑๑	พลาสติกปิดแผล ชนิดตาข่าย	๑๐	กล่อง	๑๓๐.๐๐	๑,๓๐๐.๐๐
๑๒	พลาสติกใสชนิดกันน้ำ ขนาด ๖x๗ ซม.	๒๐	กล่อง	๓๒๐.๐๐	๖,๔๐๐.๐๐
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น				๓๔,๔๗๘.๐๐

Mart

(นางกรองพรรัตน์ หิยวรรณ)

เจ้าหน้าที่งานพัสดุ



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย ห้างหุ้นส่วนจำกัด แมปิงอ็อกซิเจน
ที่อยู่ เลขที่ ๕๔๔/๓ ถนนเจริญเมือง
ตำบลท่าศาลา อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๐๐๐
โทรศัพท์ ๐๕๓๒๔๒๖๘๑
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๕๐๓๕๓๖๐๐๒๕๔๐

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๒๔/๒๕๖๖
วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชย
ปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔-๑๐๕

ตามที่ ห้างหุ้นส่วนจำกัด แมปิงอ็อกซิเจน ได้เสนอราคา ไร่ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการ
ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	ออกซิเจนประจำเดือน เมษายน พ.ศ.๒๕๖๖ ตามรายการแนบท้าย	๖	รายการ		๑๒,๘๙๓.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๑๒,๐๔๙.๕๓
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๘๔๓.๔๗
(หนึ่งหมื่นสองพันแปดร้อยเก้าสิบสามบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๒,๘๙๓.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๔๕ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลารับประกัน ๗ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของ
ที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้
ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา
เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ:

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อส่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๒๖๐๕๙๑๔๐๓๖๖ ชื่อวัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ.....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นายบุญศรี ขอดแก้ว)

ผู้ขาย


วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๒๖๐๕๙๑๔๐๓๖๖

เลขคุมสัญญา ๒๖๐๕๑๔๑๘๖๙๑

รายการวัสดุวิทยาศาสตร์หรือการแพทย์แบบไปสั่งซื้อ

ลำดับ ที่	รายการ (รายละเอียดพัสดุ)	จำนวน	หน่วยนับ	ราคา/หน่วย	ราคารวม
๑	ออกซิเจน บรรจุท่อ ๖ คิว	๑๖	ท่อ	๑๕๐.๐๐	๒,๔๐๐.๐๐
๒	ออกซิเจน บรรจุท่อ ๕ คิว	๕	ท่อ	๑๕๐.๐๐	๗๕๐.๐๐
๓	ออกซิเจน บรรจุท่อ ๒ คิว	๑	ท่อ	๗๕.๐๐	๗๕.๐๐
๔	ออกซิเจน บรรจุท่อ ๑.๕ คิว	๑๕	ท่อ	๖๕.๐๐	๙๗๕.๐๐
๕	ออกซิเจน บรรจุท่อ ๑ คิว	๖	ท่อ	๕๕.๐๐	๓๓๐.๐๐
๖	ออกซิเจนเหลว	๓๓๔.๕๒	คิว	๒๕.๐๐	๘,๓๖๓.๐๐
	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น				๑๒,๘๙๓.๐๐


 (นางผ่องพรรณ ชัยวรรณ)
 เจ้าหน้าที่งานพัสดุ



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท แล็บมาสเตอร์ แอ็ดวานซ์ จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๗๒ ซอยติวานนท์ ๓ ถนนติวานนท์
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๕๖๘-๗๘๓๘
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๒๕๕๔๖๐๐๘๒๐๑

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๓/๒๕๖๖
วันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชยปราการ
จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔๔-๑๑๔

ตามที่ บริษัท แล็บมาสเตอร์ แอ็ดวานซ์ จำกัด ได้เสนอราคา ใ้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตาม
รายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2 รายการ	๑	โครงการ	๑๗,๖๐๐.๐๐	๑๗,๖๐๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๑๖,๔๔๘.๖๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑,๑๕๑.๔๐
(หนึ่งหมื่นเจ็ดพันหกร้อยบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๗,๖๐๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๓ เมษายน ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลาประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคาส่งของ
ที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้
ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา
เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ:

- การติดต่อการแสดมปีให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อส่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๓๗๖๒๒๓๖๘ ชื่อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งซื้อ

(นายสุรพล ประทุมทา)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ.....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นางสาวสลลลทิพย์ ตรีดวงใจ)

พนักงานขาย

วันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๓๗๖๒๒๓๖๘

เลขคุมสัญญา ๖๖๐๓๑๔๕๐๐๘๘๒



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท ไนน์ โกลเด้นท์ กรุ๊ป จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๓๔/๕ หมู่ ๑๕ ถนนสันโค้งน้อย
ตำบลเวียง อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย ๕๗๐๐๐
โทรศัพท์ ๐๕๓๗๑๔๗๒๔
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๕๗๕๕๕๓๐๐๐๔๒๐

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๕/๒๕๖๖
วันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชยปราการ
จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔๔-๑๑๔

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

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2 รายการ	๑	โครงการ	๘๗,๕๔๐.๐๐	๘๗,๕๔๐.๐๐
(แปดหมื่นเจ็ดพันห้าร้อยสี่สิบบาทถ้วน)				รวมเป็นเงิน	๘๑,๘๑๓.๐๘
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๕,๗๒๖.๙๒
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๘๗,๕๔๐.๐๐

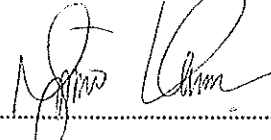
การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๓ เมษายน ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลาประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคาส่งของ
ที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้
ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

๗. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ


หมายเหตุ :

๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
๒. ใบสั่งซื้อส่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๕๙๐๖๗๖๘๔ ชื่อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ๒-รฤยการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

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

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..........ผู้รับใบสั่งซื้อ
(นายธนากร อินตะ)

พนักงานขาย

วันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๕๙๐๖๗๖๘๔

เลขคุมสัญญา ๖๖๐๕๑๔๐๖๐๗๐๒



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท แล็บมาสเตอร์ แอ็ดวานซ์ จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๗๒ ซอยติวานนท์ ๓ ถนนติวานนท์
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๕๖๘-๗๘๓๘
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๒๕๕๕๖๐๐๘๒๐๑

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๖/๒๕๖๖
วันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชยปราการ
จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔๔-๑๑๔

ตามที่ บริษัท แล็บมาสเตอร์ แอ็ดวานซ์ จำกัด ได้เสนอราคา ใ้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	วัสดุวิทยาศาสตร์ 5 รายการ	๑	โครงการ	๑๔,๗๒๗.๐๐	๑๔,๗๒๗.๐๐
(หนึ่งหมื่นสี่พันเจ็ดร้อยยี่สิบเจ็ดบาทถ้วน)				รวมเป็นเงิน	๑๓,๗๖๓.๕๕
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๙๖๓.๔๕
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๔,๗๒๗.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลารับประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคาสิ่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
๒. ใบสั่งซื้อส่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๕๙๐๖๘๐๘๗ ชื่อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ๕รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งซื้อ

(นายสุรพล ประทุมทา)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ.....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นางสาวสลิลทิพย์ สิริดวงใจ)

พนักงานขาย

วันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๕๙๐๖๘๐๘๗

เลขคุมสัญญา ๖๖๐๕๑๔๐๗๔๒๗๕



ใบสั่งจ้าง

ผู้รับจ้าง บริษัท โตโยต้าล้านนา จำกัด

ที่อยู่ เลขที่ ๖๒ ถนนโชตนา

ตำบลช้างเผือก อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๓๐๐

โทรศัพท์ ๐๕๓-๔๐๘๘๘๘ ต่อ ๑๑๑๗

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๕๐๕๕๘๗๐๐๕๓๓๔

ใบสั่งจ้างเลขที่ ๑๐๘๔/๒๕๖๖

วันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖

ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ

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

ปราการ จังหวัดเชียงใหม่

โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๕๔

ตามที่ บริษัท โตโยต้าล้านนา จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงจ้าง ตามรายการดังต่อไปนี้

ไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	จ้างเหมางานซ่อมบำรุงยานพาหนะ	๑	รายการ	๔,๒๐๕.๑๐	๔,๒๐๕.๑๐
				รวมเป็นเงิน	๓,๙๓๐.๐๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๒๗๕.๑๐
(สี่พันสองร้อยห้าบาทสิบสตางค์)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๔,๒๐๕.๑๐

การสั่งจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๗ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับใบสั่งจ้าง
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลารับประกัน ๗ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคางานจ้าง แต่ต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งจ้าง กรณีนี้ผู้รับจ้างจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งจ้างทุกประการ
- การจ้างช่วง ผู้รับจ้างจะต้องไม่เอางานทั้งหมดหรือแต่บางส่วนไปจ้างช่วงอีกทอดหนึ่ง เว้นแต่การจ้างช่วงงานแต่บางส่วนที่ได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากผู้ว่าจ้างแล้ว การที่ผู้ว่าจ้างได้อนุญาตให้จ้างช่วงงานแต่บางส่วนดังกล่าวนี้ ไม่เป็นเหตุให้ผู้รับจ้างหลุดพ้นจากความรับผิดชอบหรือพันธะหน้าที่และผู้รับจ้างจะยังคงต้องรับผิดชอบในความผิดและความประมาทเลินเล่อของผู้รับจ้างช่วง หรือของตัวแทนหรือลูกจ้างของผู้รับจ้างช่วงนั้นทุกประการ กรณีผู้รับจ้างไปจ้างช่วงงานแต่บางส่วน โดยฝ่าฝืนความในวรรคหนึ่ง ผู้รับจ้างต้องชำระค่าปรับให้แก่ผู้ว่าจ้างเป็นจำนวนเงินในอัตราร้อยละ ๑๐ (สิบ) ของวงเงินของงาน ที่จ้างช่วง ทั้งนี้ ไม่ตัดสิทธิ์ผู้ว่าจ้างในการบอกเลิกสัญญา
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ:

1. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งจ้างมีผลตามกฎหมาย
2. ใบสั่งจ้างสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๔๙๓๓๒๐๑๒ จ้างซ่อมแซมยานพาหนะทะเบียน ขล-๘๙๕๘ ชม โดยวิธีเฉพาะ

เจาะจง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งจ้าง

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ.....ผู้รับใบสั่งจ้าง

(นายไพรัตน์ บุญเป็ง)

พนักงานขาย

วันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖


เลขที่โครงการ ๖๖๐๔๙๓๓๒๐๑๒

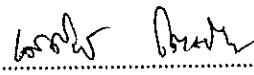
เลขคุมสัญญา ๖๖๐๔๑๔๓๑๒๓๖๑



หมายเหตุ :

- ใบสั่งซื้อนี้อ้างตามใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๐๘๘/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๖ ชื่อ วัสดุก่อสร้าง
โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

(ลงชื่อ).....ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ).....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นายเสถียร โตเขียว)
ตำแหน่ง ผู้จัดการ
วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๖

รายการแนบท้าย

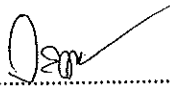
ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๐๘๘/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๖

ลำดับที่	รายการ	ความต้องการซื้อครั้งนี้			ราคา	
		จำนวน	ราคา	ราคารวม	ราคา กลาง	ครั้ง หลังสุด
	จัดซื้อวัสดุก่อสร้างจำนวน ๑๒ รายการ					
๑	ท่อ ๑ นิ้ว	๒ เส้น	๖๖.๐๐	๑๓๒.๐๐		
๒	ท่อ ๑ นิ้วครึ่ง	๑๐ เส้น	๑๐๗.๐๐	๑,๐๗๐.๐๐		
๓	วาล์ว ๒ นิ้ว	๒ อัน	๑๖๐.๐๐	๓๒๐.๐๐		
๔	ต่อตรง ๒ นิ้วทศ ๑ ครั้ง	๑ อัน	๒๐.๐๐	๒๐.๐๐		
๕	ข้องอ ๑ นิ้วครึ่ง	๕ อัน	๒๐.๐๐	๑๐๐.๐๐		
๖	สามทางนิ้วครึ่ง	๒ อัน	๓๒.๐๐	๖๔.๐๐		
๗	สามทางนิ้วครึ่งทศ ๑ นิ้ว	๕ อัน	๓๒.๐๐	๑๖๐.๐๐		
๘	กาวย่อ ๕๐๐ กรัม	๑ กระป๋อง	๒๔๐.๐๐	๒๔๐.๐๐		
๙	ต่อตรง ๑ นิ้วครึ่ง	๕ อัน	๑๓.๐๐	๖๕.๐๐		
๑๐	วาล์ว ๑ นิ้วครึ่ง	๑ อัน	๑๓๐.๐๐	๑๓๐.๐๐		
๑๑	ใบเลื่อยตัดเหล็ก	๕ ใบ	๓๕.๐๐	๑๗๕.๐๐		
๑๒	ข้อทศ ๑ นิ้วครึ่งทศ ๑/๔	๒ อัน	๑๓.๐๐	๒๖.๐๐		
	จำนวนเงิน			๒,๕๐๒.๐๐		

.....
 นายเชาวฤทธิ์ สุภา
 เจ้าหน้าที่พัสดุ

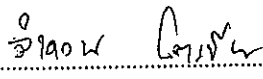
หมายเหตุ :

- ใบสั่งซื้อนี้อ้างตามใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๐๕๐/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๖ซื้อ วัสดุสำนักงาน
โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

(ลงชื่อ)..........ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ)..........ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นางสาวลำดวน โตเขียว)

ตำแหน่ง ผู้จัดการ

วันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๖



ใบสั่งซื้อ

ผู้ชาย หจก.ชัยเสถียร(ไชยปราการ)
ที่อยู่ ๒๔๐/๑ หมู่ ๒ ต.ปงดำ อ.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่ ๕๐๓๒๐
โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๗๐๑๑๐-๑
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ๐๕๐๓๕๔๑๐๐๒๔๐๔

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๐๘๗/๒๕๖๖
วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ตำบลศรีดงเย็น
อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๗๐-๔๔๔

ตามที่ หจก.ชัยเสถียร(ไชยปราการ) ได้เสนอราคา ไร้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการดังต่อไปนี้

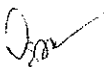
ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
	จัดซื้อวัสดุก่อสร้างจำนวน ๕ รายการ				
๑	เหล็กฉาก ๑.๕ ฟุต	๒	เส้น	๕๔๔	๑๐๘๘
๒	เหล็กแบน ๑.๕ ฟุต	๒	เส้น	๒๓๖	๔๗๒
๓	ปูนเท	๑	ถุง	๑๒๘	๑๒๘
๔	อิฐฉาบก้อนใหญ่	๑๐๐	ก้อน	๓.๕	๓๕๐
๕	ตลับเมตร	๑	อัน	๙๕	๙๕
(-สองพันหนึ่งร้อยสามสิบสามบาทถ้วน-)				รวมเป็นเงิน	๑,๙๙๓.๕๖
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑๓๙.๕๔
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๒,๑๓๓.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

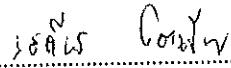
- กำหนดส่งมอบภายใน ๗ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ต.ศรีดงเย็น อ.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่
- ระยะเวลารับประกัน.....ปี
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสิ่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ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

หมายเหตุ :

- ใบสั่งซื้อนี้อ้างตามใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๐๘๗/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๖ ชื่อ วัสดุก่อสร้าง
โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

(ลงชื่อ)..........ผู้สั่งซื้อ

นางสาวจริญา สีเหลือง
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ)..........ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นายเสถียร โตเขียว)
ตำแหน่ง ผู้จัดการ
วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๖



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท เอก-ชัย ดีสทริบิวชั่น ซิสเทม จำกัด
ที่อยู่ ๕๗๗ หมู่ ๕ ต.เวียง อ.ฝาง จ.เชียงใหม่ ๕๐๑๑๐
โทรศัพท์ -
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ๐๑๐๕๕๓๖๐๙๖๖๔๑

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๐๖๕/๒๕๖๖
วันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ตำบลศรีดงเย็น
อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๗๐-๔๔๔

ตามที่ บริษัท เอก-ชัย ดีสทริบิวชั่น ซิสเทม จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
	จัดซื้อวัสดุบริโภคจำนวน ๑ รายการ				
๑	ข้าวสารขาว (หอมมะลิ)	๓	กระสอบ	๑,๓๕๕.๐๐	๔,๐๖๕.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๔,๐๖๕.๐๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	-
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๔,๐๖๕.๐๐

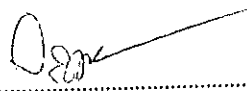
การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๗ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ต.ศรีดงเย็น อ.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่
- ระยะเวลารับประกัน.....ปี
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ
กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนแปลงให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

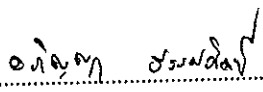
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างตามใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๐๖๕/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖ ชื่อ วัสดุบริโภค

โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

(ลงชื่อ)..........ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ)..........ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นางสาวกัญญา ธรรมศิลป์)

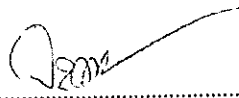
ตำแหน่ง พนักงานขาย

วันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖

หมายเหตุ :

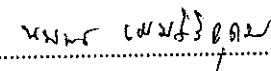
- ใบสั่งซื้อนี้ทำตามใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๐๘๐/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๖ ชื่อ วัสดุเชื้อเพลิงและท่อคลื่น

โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

(ลงชื่อ)..........ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ)..........ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นายนพพร เมษศิริอุดม)

ตำแหน่ง เจ้าของร้าน

วันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๖



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย หจก.ไชยปราการเครื่องครัว
ที่อยู่ ๗๒๗/๒ หมู่ ๒ ตำบลปงตำ อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๓๒๐
โทรศัพท์ ๐๘๙-๖๓๗๕๑๕๕
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ๐๕๐๓๕๖๒๐๐๓๔๒

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๐๘๒/๒๕๖๖
วันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ตำบลศรีดงเย็น
อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๗๐-๔๔๔

ตามที่ หจก.ไชยปราการเครื่องครัว ได้เสนอราคา วัสดุ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและ
ตกลงซื้อตามรายการดังต่อไปนี้

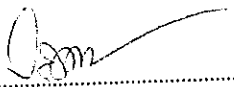
ลำดับ ที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
	จัดซื้อวัสดุงานบ้านงานครัว จำนวน ๔ รายการ				
๑	ตะกร้าทรงสูง ขนาด ๑๒x๑๒x๙ นิ้ว	๑	อัน	๑๙๙	๑๙๙
๒	ตะกร้าทรงต่ำ ขนาด ๑๕x๒๐x๙ นิ้ว	๑๐	ใบ	๘๙	๘๙๐
๓	กะละมัง กว้าง ๑๓x๖ นิ้ว	๓	ใบ	๒๐	๖๐
๔	ถังขยะฝาแบบเหยียบขนาด ๑๕ ลิตร	๗	ใบ	๘๙	๖๒๓
(-หนึ่งพันเจ็ดร้อยเจ็ดสิบสองบาทถ้วน-)				รวมเป็นเงิน	๑,๖๕๖.๐๗
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑๑๕.๙๓
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑,๗๗๒.๐๐

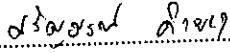
การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๗ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ต.ศรีดงเย็น อ.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่
- ระยะเวลาประกัน.....ปี
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ
กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของ
คู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- ใบสั่งซื้อนี้อ้างตามใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๐๘๒/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๖ ชื่อ วัสดุงานบ้านงานครัว
โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

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

(ลงชื่อ)..........ผู้รับใบสั่งซื้อ
(นางสาวศรัญธรณ์ คำยอง)
ตำแหน่ง เจ้าของร้าน
วันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๖



ใบสั่งจ้าง

ผู้รับจ้าง บริษัท โตโยต้าล้านนา จำกัด

ที่อยู่ เลขที่ ๖๒ ถนนโชตนา

ตำบลช้างเผือก อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๓๐๐

โทรศัพท์ ๐๕๓-๔๐๘๙๙๙ ต่อ ๑๑๑๗

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๕๐๕๕๕๗๐๐๕๓๓๔

ใบสั่งจ้างเลขที่ ๑๐๘๗/๒๕๖๖

วันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๖

ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ

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

ปราการ จังหวัดเชียงใหม่

โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔๔

ตามที่ บริษัท โตโยต้าล้านนา จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงจ้าง ตามรายการดังต่อไปนี้

ไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	จ้างเหมางานซ่อมบำรุงยานพาหนะ	๑	รายการ	๕,๗๓๑.๒๒	๕,๗๓๑.๒๒
				รวมเป็นเงิน	๕,๗๓๑.๒๒
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๓๗๔.๙๔
(ห้าพันเจ็ดร้อยสามสิบเอ็ดบาทยี่สิบสองสตางค์)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๕,๗๓๑.๒๒

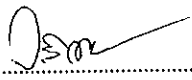
การสั่งจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๗ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับใบสั่งจ้าง
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลาประกัน ๗ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคางานจ้าง แต่ต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งจ้าง กรณีนี้ผู้รับจ้างจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งจ้างทุกประการ
- การจ้างช่วง ผู้รับจ้างจะต้องไม่เอางานทั้งหมดหรือแต่บางส่วนไปจ้างช่วงอีกทอดหนึ่ง เว้นแต่การจ้างช่วงงานแต่บางส่วนที่ได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากผู้ว่าจ้างแล้ว การที่ผู้ว่าจ้างได้อนุญาตให้จ้างช่วงงานแต่บางส่วนดังกล่าวนี้ ไม่เป็นเหตุให้ผู้รับจ้างหลุดพ้นจากความรับผิดชอบหรือพ้นหน้าที่และผู้รับจ้างจะยังคงต้องรับผิดชอบในความผิดและความประมาทเลินเล่อของผู้รับจ้างช่วง หรือของตัวแทนหรือลูกจ้างของผู้รับจ้างช่วงนั้นทุกประการ กรณีผู้รับจ้างไปจ้างช่วงงานแต่บางส่วน โดยฝ่าฝืนความในวรรคหนึ่ง ผู้รับจ้างต้องชำระค่าปรับให้แก่ผู้ว่าจ้างเป็นจำนวนเงินในอัตราร้อยละ ๑๐ (สิบ) ของวงเงินของงาน ที่จ้างช่วง ทั้งนี้ ไม่ตัดสิทธิผู้ว่าจ้างในการบอกเลิกสัญญา
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งจ้างมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งจ้างสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๒๖๐๔๙๓๓๑๙๒๔ จ้างซ่อมแซมยานพาหนะทะเบียน จจ-๒๒๒๑ ขม โดยวิธีเฉพาะ

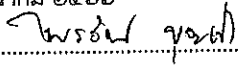
เจาะจง

ลงชื่อ..... .....ผู้สั่งจ้าง

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..... .....ผู้รับใบสั่งจ้าง

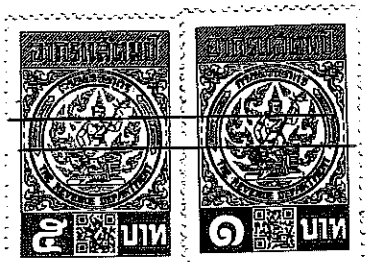
(นายไพรัตน์ บุญเป็ง)

พนักงานขาย

วันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๒๖๐๔๙๓๓๑๙๒๔

เลขคุมสัญญา ๒๖๐๔๑๔๓๑๒๐๓๙



จัดจ้างซ่อมบำรุงยานพาหนะ จง-๖๒๖๑ ชม.

ลำดับ	รายการ	จำนวนที่สั่งซื้อ		ราคา /หน่วย	ราคารวม
๑	จัดจ้างซ่อมบำรุงยานพาหนะ ทะเบียน จง-๖๒๖๑ ชม				
	-ใช้ระยะเวลา ๑๕๐,๐๐๐ กม.	๑	รายการ	๙๒๔.๔๘	๙๒๔.๔๘
	-น้ำยาล้างหัวฉีดดีเซล	๑	รายการ	๕๖๗.๑๐	๕๖๗.๑๐
	-น้ำมันเครื่องดีเซลสังเคราะห์ L	๒	รายการ	๒๖๘.๕๗	๕๓๗.๑๔
	-น้ำมันเครื่องดีเซลสังเคราะห์ G	๑	รายการ	๑,๕๔๖.๑๕	๑,๕๔๖.๑๕
	-จารบีหล่อลื่น	๔	รายการ	๒๔.๑๕	๙๖.๖๐
	-กรองอากาศเครื่อง	๑	รายการ	๖๘๔.๘๐	๖๘๔.๘๐
	-ประเก็นน็อตถ่ายน้ำมันเครื่อง	๑	รายการ	๒๑.๔๐	๒๑.๔๐
	-กรองน้ำมันเครื่อง	๑	รายการ	๒๑๕.๐๗	๒๑๕.๐๗
	-LFOเคลือบเครื่องยนต์	๑	รายการ	๔๙๗.๕๕	๔๙๗.๕๕
	-บริการล้างห้องเครื่องโตโยต้า	๑	รายการ	๒๖๖.๔๓	๒๖๖.๔๓
	-น้ำยาล้างห้องเครื่อง	๑	รายการ	๑๘๗.๒๕	๑๘๗.๒๕
	-น้ำยาเคลือบห้องเครื่อง	๑	รายการ	๑๘๗.๒๕	๑๘๗.๒๕
	รวม				๕,๗๓๑.๒๒

นายท้าวฤทธิ สุภา
 เจ้าหน้าที่พัสดุ



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย หจก. ลำดวนการไฟฟ้าและค้าไม้
ที่อยู่ ๕๖๕/๓ หมู่ ๒ ต.ปงต่า อ.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่ ๕๐๓๒๐
โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๗๐๒๒๐
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร ๐๕๐๓๕๔๒๐๐๑๗๘๗

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๐๙๒/๒๕๖๖
วันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ตำบลศรีดงเย็น
อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓-๘๗๐-๔๔๔

ตามที่ หจก. ลำดวนการไฟฟ้าและค้าไม้ ได้เสนอราคา วัสดุ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
	จัดซื้อวัสดุไฟฟ้าและวิทยุจำนวน ๔ รายการ				
๑	ตู้เหล็กไฟฟ้า ขนาด ๐๐	๑	ใบ	๔๐๐	๔๐๐
๒	ไหมเมอร์ตั้งเวลา	๑	ตัว	๖๐๐	๖๐๐
๓	เบรกเกอร์ ๓๐ A	๑	ตัว	๑๓๐	๑๓๐
๔	ฝาครอบเบรกเกอร์	๑	อัน	๑๕	๑๕
				รวมเป็นเงิน	๑,๐๗๐.๐๙
(-หนึ่งพันหนึ่งร้อยสี่สิบห้าบาทถ้วน-)				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๗๔.๙๑
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑,๑๔๕.๐๐

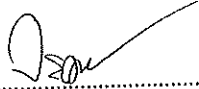
การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๗ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ หมู่ที่ ๓ ต.ศรีดงเย็น อ.ไชยปราการ จ.เชียงใหม่
- ระยะเวลาประกัน.....ปี
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ
กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

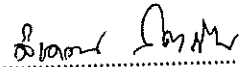
- ใบสั่งซื้อนี้อ้างตามใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๐๙๒/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๖ ชื่อ วัสดุไฟฟ้าและวิทยุ

โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

(ลงชื่อ)..........ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ)..........ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นางสาวลำตวน โตเขียว)

ตำแหน่ง ผู้จัดการ

วันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๖



ใบสั่งจ้าง

ผู้รับจ้าง บริษัท โตโยต้าล้านนา จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๒๒ ถนนโชตนา
ตำบลช้างเผือก อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐๕๓-๔๐๘๘๙๙ ต่อ ๑๑๑๗
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๕๐๕๕๕๗๐๐๕๓๓๔

ใบสั่งจ้างเลขที่ ๑๐๘๘/๒๕๖๖
วันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชยปราการ
จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔๔-๑๐๕

ตามที่ บริษัท โตโยต้าล้านนา จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงจ้าง ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	จ้างเหมางานซ่อมบำรุงยานพาหนะ	๑	รายการ	๕,๖๓๐.๓๔	๕,๖๓๐.๓๔
				รวมเป็นเงิน	๕,๖๖๒.๐๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๓๖๘.๓๔
(ห้าพันหกร้อยสามสิบบาทสามสิบสี่สตางค์)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๕,๖๓๐.๓๔

การสั่งจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

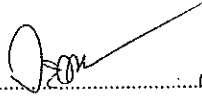
- กำหนดส่งมอบภายใน ๗ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับใบสั่งจ้าง
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๑๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลาประกัน ๓ เดือน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคางานจ้าง แต่ต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งจ้าง กรณีนี้ผู้รับจ้างจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งจ้างทุกประการ
- การจ้างช่วง ผู้รับจ้างจะต้องไม่เอางานทั้งหมดหรือแต่บางส่วนไปจ้างช่วงอีกทอดหนึ่ง เว้นแต่การจ้างช่วงงานแต่บางส่วนที่ได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากผู้ว่าจ้างแล้ว การที่ผู้ว่าจ้างได้อนุญาตให้จ้างช่วงงานแต่บางส่วนดังกล่าวนี้ ไม่เป็นเหตุให้ผู้รับจ้างหลุดพ้นจากความรับผิดชอบหรือพ้นหน้าที่และผู้รับจ้างยังคงต้องรับผิดชอบในความผิดและความประมาทเลินเล่อของผู้รับจ้างช่วง หรือของตัวแทนหรือลูกจ้างของผู้รับจ้างช่วงนั้นทุกประการ กรณีผู้รับจ้างไปจ้างช่วงงานแต่บางส่วน โดยฝ่าฝืนความในวรรคหนึ่ง ผู้รับจ้างต้องชำระค่าปรับให้แก่ผู้ว่าจ้างเป็นจำนวนเงินในอัตราร้อยละ ๑๐ (สิบ) ของวงเงินของงาน ที่จ้างช่วง ทั้งนี้ ไม่ตัดสิทธิผู้ว่าจ้างในการบอกเลิกสัญญา

๘. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งจ้างมีผลตามกฎหมาย
๒. ใบสั่งจ้างสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๔๔๓๓๑๖๓๖ จ้างซ่อมแซมยานพาหนะทะเบียน ขล-๘๕๕๘ ชม โดยวิธีเฉพาะ

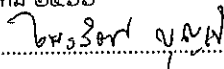
เจาะจง

ลงชื่อ..... .....ผู้สั่งจ้าง

(นางสาวจริญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..... .....ผู้รับใบสั่งจ้าง

(นายไพรัตน์ บุญเป็ง)

พนักงานขาย

วันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๔๔๓๓๑๖๓๖

เลขคู่สัญญา ๖๖๐๔๑๔๓๑๓๑๐๘





ใบสั่งจ้าง

ผู้รับจ้าง บริษัท โตโยต้าล้านนา จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๖๒ ถนนโชตนา
ตำบลช้างเผือก อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๓๐๐
โทรศัพท์ ๐๕๓-๔๐๘๔๙๙ ต่อ ๑๑๑๗
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๕๐๕๕๕๗๐๐๕๓๓๔

ใบสั่งจ้างเลขที่ ๑๐๘๖/๒๕๖๖
วันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖
ส่วนราชการ โรงพยาบาลไชยปราการ
ที่อยู่ ๓๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชยปราการ
จังหวัดเชียงใหม่
โทรศัพท์ ๐๕๓๘๗๐๔๔๔-๑๐๕

ตามที่ บริษัท โตโยต้าล้านนา จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลไชยปราการ ซึ่งได้รับราคาและตกลงจ้าง ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	จ้างเหมางานซ่อมบำรุงยานพาหนะ	๑	รายการ	๘,๑๙๔.๘๙	๘,๑๙๔.๘๙
				รวมเป็นเงิน	๗,๖๕๘.๗๘
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๕๓๖.๑๑
(แปดพันหนึ่งร้อยเก้าสิบสี่บาทแปดสิบเก้าสตางค์)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๘,๑๙๔.๘๙

การสั่งจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

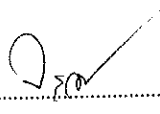
- กำหนดส่งมอบภายใน ๑๕ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับใบสั่งจ้าง
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๖
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลไชยปราการ ๓๓๑ ม.๓ ถ.เชียงใหม่-ฝาง
- ระยะเวลารับประกัน ๓ เดือน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคางานจ้าง แต่ต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งจ้าง กรณีนี้ผู้รับจ้างจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งจ้างทุกประการ
- การจ้างช่วง ผู้รับจ้างจะต้องไม่เอางานทั้งหมดหรือแต่บางส่วนไปจ้างช่วงอีกทอดหนึ่ง เว้นแต่การจ้างช่วงงานแต่บางส่วนที่ได้รับอนุญาตเป็นหนังสือจากผู้ว่าจ้างแล้ว การที่ผู้ว่าจ้างได้อนุญาตให้จ้างช่วงงานแต่บางส่วนดังกล่าวนี้ ไม่เป็นเหตุให้ผู้รับจ้างหลุดพ้นจากความรับผิดชอบหรือพันธะหน้าที่และผู้รับจ้างจะยังคงต้องรับผิดชอบในความผิดและความประมาทเลินเล่อของผู้รับจ้างช่วง หรือของตัวแทนหรือลูกจ้างของผู้รับจ้างช่วงนั้นทุกประการ กรณีผู้รับจ้างไปจ้างช่วงงานแต่บางส่วน โดยฝ่าฝืนความในวรรคหนึ่ง ผู้รับจ้างต้องชำระค่าปรับให้แก่ผู้ว่าจ้างเป็นจำนวนเงินในอัตราร้อยละ ๑๐ (สิบ) ของวงเงินของงาน ที่จ้างช่วง ทั้งนี้ ไม่ตัดสิทธิผู้ว่าจ้างในการบอกเลิกสัญญา

๘. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งจ้างมีผลตามกฎหมาย
๒. ใบสั่งจ้างสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๖๐๔๔๓๓๑๗๕๓ จ้างซ่อมแซมยานพาหนะทะเบียน ชช-๔๔๔๓ ชม โดยวิธีเฉพาะ

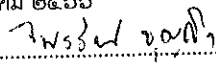
เจาะจง

ลงชื่อ..........ผู้สั่งจ้าง

(นางสาวจริญญา สีเหลือง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖

ลงชื่อ..........ผู้รับใบสั่งจ้าง

(นายไพรัตน์ บุญเป็ง)

พนักงานขาย

วันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖

เลขที่โครงการ ๖๖๐๔๔๓๓๑๗๕๓

เลขคุมสัญญา ๖๖๐๔๑๔๓๑๒๕๑๓

