



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาล ปลูกแดง

ที่ รย.0032.3(5).03/063

วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564

เรื่อง รายงานขอซื้อของจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดระยอง

ด้วยกลุ่มงาน/ฝ่าย เภสัชกรรมฯ โรงพยาบาลปลูกแดง

มีความประสงค์จะซื้อ จำนวน 3 รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง(56(2)ข.) โดยมีรายละเอียดดังนี้

- เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องซื้อ มีความจำเป็นต้องซื้อ เพื่อให้บริการผู้ป่วย
- รายละเอียดของพัสดุ

รายการ	คงเหลือ อัตราการใช้/		ความต้องการซื้อครั้งนี้		ราคา กลาง	ราคาซื้อ หลังสุด
	ยกมา (หน่วย)	เดือน (หน่วย)	จำนวน (หน่วย)	ราคา/ ราคารวม หน่วย		
ED 1110020 HYPROMELLOSE+BENZALKONIUM EYE หมายเหตุ: ราคากลางตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ(ราชกิจจานุเบกษา 7 ต.ค. 63)	0	38	120 BOTT.	20.00 2,400.00	48.15/BOTT.	20.00
ED 1020280 ATORVASTATIN TAB. 40 MG หมายเหตุ: ราคากลางตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ(ราชกิจจานุเบกษา 7 ต.ค. 63)	400	563	1,200x30 TAB.	90.90 109,080.00	750/30 TAB.	90.90
ED 1050150 CLINDAMYCIN INJ 600 MG IN 4 ML หมายเหตุ: ราคากลางตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ(ราชกิจจานุเบกษา 7 ต.ค. 63)	150	292	800 VIAL	18.00 14,400.00	40/VIAL	18.00
VAT 7 %		8,235.14	ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7 %		125,880.00	

3. ราคากลางและรายละเอียดของราคากลาง แสดงในรายละเอียดของพัสดุในข้อ 2

4. วงเงินที่จะซื้อ งบเงินบำรุง ประจำปีงบประมาณ 2564 จำนวน 125,880.00 บาท (หนึ่งแสนสองหมื่นห้าพันแปดร้อยแปดสิบบาทถ้วน)

ยอดเงินที่ได้รับจัดสรร	ยอดเงินที่จัดซื้อแล้ว	ยอดเงินคงเหลือ
งบเงินบำรุง 22,798,841.48	10,481,553.82	12,317,287.66

5. กำหนดส่งมอบพัสดุภายใน 30 วัน นับถัดจากวันที่ได้รับใบสั่งซื้อ

6. วิธีที่ซื้อและเหตุผลที่ต้องซื้อโดยวิธี เฉพาะเจาะจง(56(2)ข.) เนื่องจาก การจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้างหรือให้บริการทั่วไปและมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

7. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ คัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

8. ขออนุมัติแต่งตั้งกรรมการตรวจรับพัสดุประกอบด้วย

- นายภานุวัฒน์ จิงศรีพิชญ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ ประธานกรรมการ
- นางสาวสุจิตรา โพธิ์พรม ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ปฏิบัติงาน กรรมการ
- นายศักรินทร์ คำภิรมย์ ตำแหน่ง นักจิตวิทยา ปฏิบัติการ กรรมการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด

- อนุมัติให้ดำเนินการตามรายละเอียดในรายงานขอซื้อดังกล่าวข้างต้น
- ลงนามในคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจรับพัสดุโดยวิธี เฉพาะเจาะจง(56(2)ข.)

ความเห็นของหัวหน้าเจ้าหน้าที่
เห็นควรอนุมัติ

 สิริตันเสถียร

(นางกษมา สิริตันเสถียร)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ความเห็นของผู้มีอำนาจอนุมัติ
อนุมัติ



(นายทศนเทพ ยิ้มแย้ม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลูกแดง
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดระยอง



(นางปิยจพร ฤทธิรินทร์)

เจ้าหน้าที่



คำสั่งจังหวัดระยอง

ที่2471.. /2564

เรื่อง แต่งตั้งกรรมการตรวจรับพัสดุสำหรับการซื้อ 1.HYPROMELLOSE+BENZALKONIUM EYE DROP 0.3% IN 10 ML, 2.ATORVASTATIN TAB. 40 MG, 3.CLINDAMYCIN INJ 600 MG IN 4 ML โดยวิธีเฉพาะเจาะจง (56(2)ข.)

ด้วยจังหวัดระยอง มีความประสงค์จะซื้อ 1.HYPROMELLOSE+BENZALKONIUM EYE DROP 0.3% IN 10 ML, 2.ATORVASTATIN TAB. 40 MG, 3.CLINDAMYCIN INJ 600 MG IN 4 ML โดยวิธีเฉพาะเจาะจง และเพื่อให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ จึงขอแต่งตั้งรายชื่อต่อไปนี้ เป็นกรรมการตรวจรับพัสดุสำหรับการจัดซื้อ 1.HYPROMELLOSE+BENZALKONIUM EYE DROP 0.3% IN 10 ML, 2.ATORVASTATIN TAB. 40 MG, 3.CLINDAMYCIN INJ 600 MG IN 4 ML โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

กรรมการตรวจรับ

- | | |
|---------------------------------|---------------|
| 1. นายภาณุวัฒน์ จิงศรีพิษณุ | ประธานกรรมการ |
| นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ | |
| 2. นางสาวสุจิตรา โพธิ์พรม | กรรมการ |
| เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ปฏิบัติงาน | |
| 3. นายศักรินทร์ คำภิรมย์ | กรรมการ |
| นักจิตวิทยา ปฏิบัติการ | |

อำนาจและหน้าที่

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

สั่ง ณ วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564

(นายทศนเทพ ยิ้มแย้ม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลวกแดง

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดระยอง

16763/2563 ลว.27 พฤศจิกายน 2563



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาล ปลูกแดง กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ โทร 0-3365-0413

ที่ รย.0032.3(5).03.063

วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2564

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดระยอง

ด้วยกลุ่มงาน/ฝ่ายเภสัชกรรมฯ โรงพยาบาลปลูกแดง ได้รับอนุมัติการขอซื้อเวชภัณฑ์ยา จำนวน 3 รายการ ตามบันทึกข้อความ
โรงพยาบาล ปลูกแดง ที่ รย.0032.3(5).03.063 ลงวันที่ 17/02/2564 ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อ ดังนี้

	รายการพิจารณา	ผู้เสนอราคา	ราคาที่เสนอ	ราคาที่ตกลงซื้อ
ED 1020280	ATORVASTATIN TAB. 40 MG จำนวน 1,200x30 TAB.	บริษัท พรอส ฟาร์มา จำกัด (สำนักงานใหญ่)	109,080.00	109,080.00
ED 1050150	CLINDAMYCIN INJ 600 MG IN 4 ML จำนวน 800 VIAL	บริษัท พรอส ฟาร์มา จำกัด (สำนักงานใหญ่)	14,400.00	14,400.00
ED 1110020	HYPROMELLOSE+BENZALKONIUM EYE DROP 0.3% IN 10 ML จำนวน 120 BOTT.	บริษัท พรอส ฟาร์มา จำกัด (สำนักงานใหญ่)	2,400.00	2,400.00
	รวม		125,880.00	125,880.00

เจ้าหน้าที่ได้เจรจาตกลงราคากับผู้ประกอบการแล้ว พิจารณาแล้ว เห็นสมควรซื้อ จากผู้เสนอราคาดังกล่าว
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดให้สั่งซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว ที่เสนอมาพร้อมนี้

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

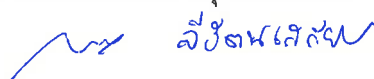
(นางปัญญาพร ฤทธิพันธ์)

ความเห็นของหัวหน้าเจ้าหน้าที่

เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง

และบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและอนุมัติตามที่เสนอ



(นางกษมา สิริตันเสถียร)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ความเห็นของผู้มีอำนาจอนุมัติ

อนุมัติ



(นายทศนเทพ อิ่มแยม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลูกแดง

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดระยอง
16763/2563 ลว.27 พฤศจิกายน 2563



ประกาศจังหวัดระยอง
เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคาซื้อโดยวิธีเฉพาะเจาะจง(56(2)ข.)

ตามที่โรงพยาบาลปลวกแดง ได้มีโครงการซื้อจำนวน 3 รายการ นั้น ผลปรากฏดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายการพิจารณา	ผู้ประกอบการ	ราคา
1020280 ATORVASTATIN TAB. 40 MG จำนวน 1,200x30 TAB.	บริษัท พรอส ฟาร์มา จำกัด(สำนักงานใหญ่)	109,080.00
1050150 CLINDAMYCIN INJ 600 MG IN 4 ML จำนวน 800 VIAL	บริษัท พรอส ฟาร์มา จำกัด(สำนักงานใหญ่)	14,400.00
1110020 HYPROMELLOSE+BENZALKONIUM EYE DROP 0.3% IN 10 ML จำนวน 120 BOTT.	บริษัท พรอส ฟาร์มา จำกัด(สำนักงานใหญ่)	2,400.00
(หนึ่งแสนสองหมื่นห้าพันแปดร้อยแปดสิบบาทถ้วน)		125,880.00

รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ๆ ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2564

(นายทศนเทพ ยิ้มแย้ม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปลวกแดง
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดระยอง
16763/2563 ลว.27 พฤศจิกายน 2563



ที่ รย.0032.3(5).03/0208

เลขที่ใบสั่งซื้อ 640208

โรงพยาบาล ปลูกแดง

ถ.เทศบาล 8 รย 21140

18 กุมภาพันธ์ 2564

เรื่อง สั่งซื้อสินค้า

เรียน ผู้อำนวยการ/ผู้จัดการ บริษัท พรอส ฟาร์มา จำกัด(สำนักงานใหญ่)

ตามหนังสือที่อ้างถึงโรงพยาบาลปลูกแดง มีความประสงค์จะสั่งซื้อสินค้าตามรายการดังนี้

ลำดับ	รายการ	ราคาต่อหน่วย	จำนวน	จำนวนเงินรวม VAT	
1	HYPROMELLOSE+BENZALKONIUM EYE DROP (หมายเหตุ: ราคากลางตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ(ราชกิจจานุเบกษา 7 ต.ค. 63)	20.00	120 BOTT.	2,400.00	
2	ATORVASTATIN TAB. 40 MG หมายเหตุ: ราคากลางตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ(ราชกิจจานุเบกษา 7 ต.ค. 63)	90.90	1,200x30 TAB.	109,080.00	
3	CLINDAMYCIN INJ 600 MG IN 4 ML หมายเหตุ: ราคากลางตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ(ราชกิจจานุเบกษา 7 ต.ค. 63)	18.00	800 VIAL	14,400.00	
				VAT 7 %	8,235.14
=หนึ่งแสนสองหมื่นห้าพันแปดร้อยแปดสิบบาทถ้วน=				มูลค่ารวม	125,880.00

1. GPU:700136, TPU:1042170

2. GPU:693923, TPU:693947

3. GPU:553729, TPU:554019

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(นางกษมา สิริตันเสถียร)

เภสัชกร ชำนาญการ

ผู้สั่งซื้อ

เงื่อนไขการสั่งซื้อ

- ให้จัดส่งของตามใบสั่งซื้อ ส่งมอบให้ ณ โรงพยาบาล ปลูกแดง ภายในเวลา 30 วัน พร้อมทั้งแนบใบสั่งซื้อฉบับนี้ ถ้าได้รับใบสั่งซื้อทางไปรษณีย์ใบส่งของ พร้อมสำเนาฉบับนี้ และใบวิเคราะห์คุณภาพ โรงพยาบาลจะไม่รับผิดชอบของที่ส่งมาภายหลังวันดังกล่าว
- รายการใดที่ไม่สามารถส่งมอบได้ภายใน 15 วัน ต้องแจ้งให้ทราบภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับใบสั่งซื้อนี้ และจะต้องไม่นำเงินในรายการนั้นไปเพิ่มในรายการอื่น
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ 0.2 ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ผู้ขายยอมรับประกันความชำรุดบกพร่อง รวมทั้งรับผิดชอบต่อเรื่องคุณภาพของสิ่งของที่ไม่สามารถตรวจด้วยตาเปล่าหรือการกระทำใดๆ เว้นแต่จะนำไปใช้จริงจึงรู้คุณภาพไม่เข้ามาตรฐาน หรือไม่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ซื้อ ผู้ขายยินยอมเปลี่ยนให้ใหม่ ถ้าเปลี่ยนไม่ได้ผู้ขายต้องรับคืนไป โดยออกค่าใช้จ่ายเอง และจะเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนใดๆ ไม่ได้ทั้งสิ้น
- ในกรณีที่บริษัทฯ ผู้ขายต้องรับประกันคุณภาพเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี นับแต่วันส่งมอบใบสั่ง และ ภายในกำหนดระยะเวลาดังกล่าว หากเกิดการเสื่อมคุณภาพด้วยประการ ใดๆ หรือ ได้ส่งวิเคราะห์จากหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขรับรองแล้วปรากฏว่าไม่ได้มาตรฐานตามที่กำหนด ผู้ขายจะต้องชดใช้ค่าเสียหายทั้งสิ้น

ใบสั่งซื้อฉบับนี้นำส่งโดย

โทรศัพท์ โทรสาร หมายเลข..... วัน เดือน ปี

รับด้วยตนเอง/หรือผู้แทน ผู้รับ (ลงชื่อ) ผู้นำส่ง

กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ

โทรศัพท์: 0-3365-0413

โทรสาร: 0-3865-9005



บริษัท โปรส ฟาร์มา จำกัด (สำนักงานใหญ่)
PROSP PHARMA CO.,LTD. (HEAD OFFICE)

821 ถนนรามอินทรา แขวงท่าแร้ง เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร 10230
 821 Ramintra Rd., Kwang Tharaeng, Khet Bangkhen, Bangkok 10230
 TEL. 0-2945-9555 FAX. 0-2945-8642

ต้นฉบับใบกำกับภาษี
ORIGINAL TAX INVOICE

สำหรับลูกค้า

(เอกสารออกเป็นชุด)

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0105551105503

รหัสลูกค้า Code **MCU-211005**
 นามลูกค้า Messrs. **โรงพยาบาลปตท.**
 ที่อยู่ Address **272 ม.1 ต.ปายัดโรคา อ.ปตท.นคร จ.ระยอง 21140**
TEL.038-659681-2 ต่อ 108,109

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี **0994000113501** ผู้ส่งสินค้า

วันที่ Date **5 มี.ค. 2564** หน้า 1/1
 เลขที่ใบกำกับ Order No. **INV-L-IM\2021021193**
 พนักงานขาย Salesman No. **M-L33 คุณธีรวัฒน์ ศรสวรรค์**
 กำหนดชำระเงิน Term **120 วัน**
 ครบกำหนดวันที่ Due Date

รหัสสินค้า Product Code	รายละเอียด Description	จำนวน Quantity	หน่วย Unit	ส่วนลด Discount	จำนวนเงิน Amount
BFS-1-MI009	MILTEAR 10 ML 1X10 ML(NEW) Lot.No.MLA005 Mfg. 15/09/2020 ,Exp. 15/09/2023	120 BOX #120 BOX	20.0000		2,400.00
	รายการเพื่อการคำนวณภาษีมูลค่าเพิ่ม				2,242.99
	ผิด ตก ยกเว้น E. & O.E.				

ยอดส่งมอบบาทถ้วน

รวมเงิน Sub Total		2,242.99
ภาษีมูลค่าเพิ่ม VAT	7%	157.01
ยอดเงินสุทธิ Net Total		2,400.00

- ได้รับสินค้าตามรายการข้างบนนี้ไว้ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว
- สินค้าตามใบส่งของนี้ หากมีการเสียหายหรือขาดตกบกพร่องประการใด โปรดแจ้งให้ทราบภายใน 3 วัน นับจากวันที่ได้รับสินค้า มิฉะนั้น จะไม่รับการเรียกค่าชดเชยใดๆ ทั้งสิ้น
- หากชำระเกินกว่ากำหนดที่ตกลงไว้ ต้องเสียดอกเบี้ยตามอัตรา ที่กฎหมายกำหนดไว้
- โปรดชำระโดยเช็คขีดคร่อม "ACCOUNT PAYEE ONLY" ในนาม บริษัท โปรส ฟาร์มา จำกัด เท่านั้น

ในนาม **บริษัท โปรส ฟาร์มา จำกัด**


นาวาเท ศนคส่อง
 ผู้ได้รับมอบอำนาจ AUTHORIZED SIGNATURE


5 มี.ค. 2564
ณัฐชาติ ไชยพลฤทธิ, **พอ.รพีพร**
 ผู้รับของ RECEIVED BY วันที่ ผู้จ่ายสินค้า ผู้ส่งสินค้า



บริษัท โปรส ฟาร์มา จำกัด (สำนักงานใหญ่)
PROSP PHARMA CO.,LTD. (HEAD OFFICE)

821 ถนนรามอินทรา แขวงท่าแร้ง เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร 10230
 821 Ramintra Rd., Kwang Tharaeng, Khet Bangkhen, Bangkok 10230
 TEL. 0-2945-9555 FAX. 0-2945-8642

ใบส่งสินค้า
 DELIVERY ORDER

ไม่ใช่ใบกำกับภาษี
 (เอกสารออกเป็นชุด)

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0105551105503

รหัสลูกค้า Code **MCU-211005**
 โรงพยาบาลปลวกแดง
 นามลูกค้า Messrs. **272 ม.1 ถ.ป่าบัดโรคา อ.ปลวกแดง จ.ระยอง 21140**
 ที่อยู่ Address **TEL.038-659681-2 ต่อ 108,109**

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี **0994000113501** ผู้ส่งสินค้า

วันที่ **5 มี.ค. 2564** หน้า **1/1**
 เลขที่ใบกำกับ **INV-L-IM\2021021193**
 Order No. **M-L33 คุณเหวิภาวดี ศรสวรรค์**
 พนักงานขาย **120 วัน**
 Salesman No.
 กำหนดชำระเงิน
 Term
 ครบกำหนดวันที่
 Due Date

รหัสสินค้า Product Code	รายละเอียด Description	จำนวน Quantity	หน่วยละ Unit	ส่วนลด Discount	จำนวนเงิน Amount
BFS-1-M1009	MILTEAR 10 ML 1X10 ML(NEW) Lot.No.MLA005 Mfg. 15/09/2020 ,Exp. 15/09/2023	120 BOX #120 BOX	20.0000		2,400.00
	รายการเพื่อการคำนวณภาษีมูลค่าเพิ่ม				2,242.99
	คิด ตก ยกเว้น E. & O.E.				
สองพันสี่ร้อยบาทถ้วน				รวมเงิน Sub Total	2,242.99
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม VAT 7%	157.01
				ยอดเงินสุทธิ Net Total	2,400.00

- ได้รับสินค้าตามรายการข้างบนนี้ไว้ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว
- สินค้าตามใบส่งของนี้ หากมีการเสียหายหรือขาดตกบกพร่องประการใดโปรดแจ้งให้ทราบภายใน 3 วัน นับจากวันที่ได้รับสินค้า มิฉะนั้น จะไม่รับการเรียกค่าชดเชยใดๆ ทั้งสิ้น
- หากชำระเงินเกินกว่ากำหนดที่ตกลงไว้ ต้องเสียดอกเบี้ยตามอัตรา ที่กฎหมายกำหนดไว้
- โปรดชำระโดยเช็คขีดคร่อม "ACCOUNT PAYEE ONLY" ในนาม บริษัท โปรส ฟาร์มา จำกัด เท่านั้น

ในนาม **บริษัท โปรส ฟาร์มา จำกัด**

นาวเรศ ดนดอง

ผู้ได้รับมอบอำนาจ AUTHORIZED SIGNATURE

วันที่ **5 มี.ค. 2564**

ผู้รับของ RECEIVED BY

วันที่ **5 มี.ค. 2564**

ผู้ส่งสินค้า

ไม่ใช่ใบกำกับภาษี
(เอกสารออกเป็นชุด)

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0105551105503

รหัสลูกค้า Code **MCU-211005**
โรงพยาบาลปลวกแดง
นามลูกค้า Messrs. **272 ม.1 ถ.ป้ามัดโศคา ถ.ปลวกแดง จ.ระยอง 21140**
ที่อยู่ Address **TEL.038-659681-2 ต่อ 108,109**

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000113501

ผู้ส่งสินค้า

วันที่ Date
เลขที่ใบกำกับ
Order No.
พนักงานขาย
Salesman No.
กำหนดชำระเงิน
Term
ครบกำหนดวันที่
Due Date

5 มี.ค. 2564 หน้า 1/1
INV-L-IM\2021021542
M-224/11 ตะวัน จันทร์มาธร
120 วัน

รหัสสินค้า Product Code	รายละเอียด Description	จำนวน Quantity	หน่วย Unit	ส่วนลด Discount	จำนวนเงิน Amount
1-CH004	CHLOVAS-40 1x3x10'S(Unit Dose) Lot.No.ATT2109 Mfg. 25/01/2021 ,Exp. 25/01/2024	1,200 BOX #1,200 BOX		90.9000	109,080.00
BFS-4-CL.002	CLINDAVID 4 ML. 1X25X4 ML. Lot.No.CVA009 Mfg. 30/11/2020 ,Exp. 30/11/2022	32 BOX #32 BOX		450.0000	14,400.00
รายการเพื่อการคำนวณภาษีมูลค่าเพิ่ม					115,401.87
มิด ตก ยกเว้น E. & O.E.					

หนึ่งแสนสองหมื่นสามพันสี่ร้อยแปดสิบบาทถ้วน

รวมเงิน

Sub Total

115,401.87

ภาษีมูลค่าเพิ่ม

VAT

7%

8,078.13

ยอดเงินสุทธิ

Net Total

123,480.00

- ได้รับสินค้าตามรายการข้างบนนี้ไว้ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว
- สินค้าตามใบส่งของนี้ หากมีการเสียหายหรือขาดตกบกพร่องประการใด โปรดแจ้งให้ทราบภายใน 3 วัน นับจากวันที่ได้รับสินค้า มิฉะนั้น จะไม่รับการเรียกค่าชดเชยใดๆ ทั้งสิ้น
- หากชำระเงินเกินกว่ากำหนดที่ตกลงไว้ ต้องเสียดอกเบี้ยตามอัตรา ที่กฎหมายกำหนดไว้
- โปรดชำระโดยเช็คขีดคร่อม "ACCOUNT PAYEE ONLY" ในนาม บริษัท โปรส ฟาร์มา จำกัด เท่านั้น

ในนาม **บริษัท โปรส ฟาร์มา จำกัด**

เนาวเรศ คนคณลง

ผู้ได้รับมอบอำนาจ AUTHORIZED SIGNATURE

ผู้รับของ RECEIVED BY

วันที่

5 มี.ค. 2564

ณัฐวิไล นิมยพลฤทธิ

ผู้จ่ายสินค้า


ผู้ส่งสินค้า

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า นางกษมา สิริตันเสถียร (หัวหน้าเจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นางปัทมาพร ฤทธินนท์ (เจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นายภาณุวัฒน์ จิงศรีพิษณุ (ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวสุจิตรา โพธิ์พรม (กรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า นายศักรินทร์ คำภิรมย์ (กรรมการตรวจรับพัสดุ)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม 
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

ลงนาม 
(เจ้าหน้าที่)

ลงนาม 
(ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ)

ลงนาม 
(กรรมการตรวจรับพัสดุ)

ลงนาม 
(กรรมการตรวจรับพัสดุ)

ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

วันที่ 5 มีนาคม 2564

ตามหนังสือสัญญาเลขที่ 640208 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 โรงพยาบาลปลวกแดง ได้ตกลงซื้อกับบริษัท
บริษัท พรอส ฟาร์มา จำกัด(สำนักงานใหญ่) สำหรับโครงการซื้อ HYPROMELLOSE+BENZALKONIUM EYE DROP
0.3% IN 10 ML จำนวน 120 BOTT. โดยวิธี เฉพาะเจาะจง(56(2)ข.) เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 2,400.00 บาท

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏว่า

1. ผลการตรวจรับ

ถูกต้อง

ครบถ้วนตามสัญญา

ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

2. ค่าปรับ

มีค่าปรับ

ไม่มีค่าปรับ

3. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 2,400.00 บาท

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ

(นายภานุวัฒน์ จิ่งศรีพิชญ)

นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

ลงชื่อ.....กรรมการ

(นางสาวสุจิตรา โพธิ์พรม)

เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....กรรมการ

(นายศักรินทร์ คำภีร์มย์)

นักจิตวิทยา ปฏิบัติการ

เลขที่โครงการ 64037274201

เลขที่คุมสัญญา 640314333564

เลขคุมตรวจรับ 6403A1461556

ข้าพเจ้า ได้รับมอบพัสดุตามรายการข้างต้น

จากกรรมการตรวจรับพัสดุ ไว้เรียบร้อยแล้ว

ชื่อ-สกุล.....(ตัวบรรจง)

เจ้าหน้าที่คลังยาและเวชภัณฑ์

ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

วันที่ 5 มีนาคม 2564

ตามหนังสือสัญญาเลขที่ 640208 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 โรงพยาบาลปลวกแดง ได้ตกลงซื้อกับบริษัท บริษัท พรอส ฟาร์มา จำกัด(สำนักงานใหญ่) สำหรับโครงการซื้อ ATORVASTATIN TAB. 40 MG จำนวน 1,200x30 TAB., CLINDAMYCIN INJ 600 MG IN 4 ML จำนวน 800 VIAL โดยวิธี เฉพาะเจาะจง(56(2)ข.) เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 123,480.00 บาท

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏว่า

1. ผลการตรวจรับ

ถูกต้อง

ครบถ้วนตามสัญญา

ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

2. ค่าปรับ

มีค่าปรับ

ไม่มีค่าปรับ

3. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 123,480.00 บาท

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ

(นายภาณุวัฒน์ จิงศรีพิษณุ)

นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

ลงชื่อ.....กรรมการ

(นางสาวสุจิตรา โพธิ์พรม)

เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....กรรมการ

(นายศกรินทร์ คำภิรมย์)

นักจิตวิทยา ปฏิบัติการ

เลขที่โครงการ 64037274201

เลขที่คุมสัญญา 640314333564

เลขคุมตรวจรับ 6403A1461556

ข้าพเจ้า ได้รับมอบพัสดุตามรายการข้างต้น

จากกรรมการตรวจรับพัสดุ ไว้เรียบร้อยแล้ว

ชื่อ-สกุล.....(ตัวบรรจง)

เจ้าหน้าที่คลังยาและเวชภัณฑ์