



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

ที่ นค 0032.301(05)/

วันที่ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2563

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินบำรุง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังคม

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวรุ่งฤดี ถิ่นก้อง ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีมีความประสงค์ที่จะเบิกเงินบำรุง เพื่อใช้จ่ายเป็นค่าวัสดุทันตกรรม จึงเรียนมาเพื่อขออนุมัติเบิกจ่ายเงินบำรุง ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยเงินบำรุงสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 ให้กับ บริษัท เอส.ดี. ทันตเวช(1988) จำกัด ในฐานะเป็นผู้ขาย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

มูลค่าสินค้า	35,794.39 บาท
<u>บวก</u> ภาษีมูลค่าเพิ่ม	3,765.61 บาท
รวมจำนวนเงินที่ขอเบิก	<u>57,560.00</u> บาท
<u>หัก</u> ภาษีเงินได้	537.94 บาท
คงเหลือจ่ายจริง	<u>57,022.06</u> บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

รุ่งฤดี
(นางสาวรุ่งฤดี ถิ่นก้อง)
นักวิชาการเงินและบัญชี

เรียน ผอ.ก.เห็นควรอนุมัติ

พช
(นายพงษ์ศักดิ์ ชัยประเทศ)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

ตรวจสอบแล้ว

อนุมัติ
วอ
(นายบรรจบ อุบลแสน)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังคม

พช
(นายพงษ์ศักดิ์ ชัยประเทศ)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ



บริษัท เอส.ดี. ทันทเวช (1988) จำกัด
S.D. TANTAVADE (1988) CO., LTD.

สำนักงานใหญ่ : 47 ซอยสามัคคี 20 ถนนสามัคคี ตำบลท่าทราย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
Head Office : 47 Soi Samakkee 20, Samakkee Road, Ta-Sai, Muang Nonthaburi 11000 Thailand
TEL. 0-2952-4815-18 FAX : 0-2952-4819
ทะเบียนการค้าเลขที่ 08 38 04935
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Tax Registered No. 0105531014391

RECEIPT
(ไม่ใช่ใบกำกับภาษี)
หน้า 1 / 1

เอกสารออกเป็นชุด

วันที่/Date

รหัสลูกค้า/Customer No. 08NKI10011
ชื่อผู้ซื้อ/Name โรงพยาบาลสังคม
ที่อยู่/Address ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลสังคม
อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย 43160
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร/Tax ID. 0994000375832 โทร 042-441-051, 042-441-029

เลขที่/No. A2007-0152
พนักงานขาย/Sales ธนภัทร อินทะเนียบ
กำหนดชำระเงิน/Term of Payment 30 Days

รหัสสินค้า Code No.	รายละเอียด Description	จำนวน Quantity	ราคาต่อหน่วย Unit Price	ส่วนลด Discount	จำนวนเงิน Amount
PU-FV10	PULPDENT Embrace Vanish 5% (12 ml)	80 หลอด	670.00	0.00	53,600.00

(ห้าหมื่นสามพันหกร้อยบาทถ้วน)

ได้รับชำระค่าสินค้าแล้วด้วยความขอบคุณยิ่ง PAYMENT RECEIVED WITH THANKS

☐ เงินสด/CASH ☐ เช็ค/CHEQUE เลขที่/NO.

ธนาคาร/BANK สาขา/BRANCH

ลงวันที่/DATE ลงชื่อ ผู้รับเงิน
Collector

จัดโดย	ตรวจ	บรรจุโดย	ส่งโดย

ได้รับสินค้าตามรายการข้างต้นในสภาพถูกต้องเรียบร้อยแล้ว
Received the above goods in good order and condition

ลงชื่อ ผู้รับของ
Receiver วันที่ /

รวมราคาทั้งสิ้น
Total

หัก ส่วนลด

Less Discount

ยอดหลังหักส่วนลด
Total

จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม

Value - Added - Tax

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น
Grand Total

ลงชื่อ ผู้จัดการ Manager

- ★ กรณีที่ชำระเงินด้วยเช็คจะสมบูรณ์ต่อเมื่อ บริษัทฯ ได้เรียกเก็บเงินตามเช็คเรียบร้อยแล้ว กรุณาอย่าเช็คชื่กรูม เลขที่ A/C PAYEE ONLY เพื่อบัญชี บริษัท เอส.ดี. ทันทเวช (1988) จำกัด เท่านั้น
- ★ กรณีที่ชำระเงินด้วยธนาคัต กรุณาส่งจ่าย บริษัท เอส.ดี. ทันทเวช (1988) จำกัด ปณ.นนทบุรี เท่านั้น
- ★ กรณีที่ชำระเงินด้วยการโอนเงินผ่านธนาคารกรุงไทย สาขาสนามจันทร์ บัญชีกระแสรายวัน เลขที่ 052-6-06061-1 หรือ ธนาคารทหารไทย สาขาถนนสามัคคี บัญชีกระแสรายวัน เลขที่ 071-1-05318-1 จะสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้รับใบโอนเงินทางเพิกขรเรียบร้อยแล้ว
- ★ สินค้าซื้อแล้วหากมีการแตกร้าว หรือขาดตกบกพร่องประการใด โปรดแจ้งให้ทางบริษัทฯ ทราบภายใน 7 วัน มิฉะนั้นบริษัทฯ จะไม่รับผิดชอบความเสียหายใด ๆ ทั้งสิ้น
- ★ สินค้าตามใบส่งของ ทางบริษัทฯ จะรับเปลี่ยน หรือคืนภายใน 7 วัน นับจากวันรับสินค้า

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

นางสาวเบญจเนตร งามบุญการ

สำหรับลูกค้า



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

ที่ นค๐๐๓๒.๓๐๓(๐๕)/๖๓/๐๕๙

วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานขอซื้อ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคาย (โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังคมเป็นผู้รับมอบอำนาจ)

ด้วย โรงพยาบาลสังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคายมีความประสงค์จะ ซื้อฟลูออไรด์วานิช PULPDENT embrace Vanish ๕% (๑๒ ml) โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เพื่อใช้ในการทันตกรรมป้องกัน

๒. รายละเอียดของพัสดุ

รายละเอียดตามเอกสารแนบ

๓. ราคาากลางของพัสดุที่จะซื้อจำนวน ๕๓,๖๐๐.๐๐ บาท (ห้าหมื่นสามพันหกร้อยบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะซื้อ

เงินนอกงบประมาณจาก จำนวน ๕๓,๖๐๐.๐๐ บาท (ห้าหมื่นสามพันหกร้อยบาทถ้วน)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจงเนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

ผู้ตรวจรับพัสดุ

๑. นางรัศมี ทิพย์ชัย

ประธานกรรมการฯ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กรรมการ

๒. นางรัชนี ไซยสมคุณ

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนปฏิบัติการ

อำนาจและหน้าที่

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

ตรวจสอบแล้ว

พ.

(นายพงษ์ศักดิ์ ชัยประเสริฐ)

นักจัดการงานทั่วไป จำลอง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดที่แนบมา
ขอชื่อดังกล่าวข้างต้น

พิมพ์ ธรรม

(นางสาวพิชามญช์ ธารณธรรม)

เจ้าหน้าที่พัสดุ

นพ. 9

(นายเจษฎา นุชพ่วง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

นอ

(นายบรรจบ อุบลแสน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังคม ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคาย

ใบแสดงรายละเอียดรายการสินค้าหรือบริการ

โรงพยาบาลสังคม (00110450043000000)

เลขที่โครงการ : 63077261785

ชื่อโครงการ : ซื่อฟลูออไรด์วาร์นิช PULPDENT embrace Vanish 5% (12 ml) โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

วิธีการจัดหา : เฉพาะเจาะจง

ประเภทการจัดหา : ซื่อ

รหัส-ชื่อสินค้าหรือบริการ	งบประมาณ	ราคากลาง(ราคาอ้างอิง)	แหล่งที่มา
รายการพิจารณาที่ 1			
โซเดียมฟลูออไรด์(51.21.21.01)	53,600.00	53,600.00	ที่ได้รับอนุมัติจาก สปสช

วันที่แสดงข้อมูล 16/07/2563

ผู้จัดทำ : เฉษฐา นุชพวง



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

ที่ นค๐๐๓๒.๓๐๓(๐๕)/๖๓/๐๖๐

วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อสิ่งจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคาย (โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังคมเป็นผู้รับมอบอำนาจ)

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อฟลูออไรด์วานิช PULPDENT embrace Vanish ๕% (๑๒ ml) โดยวิธี

เฉพาะเจาะจง ดังนี้

รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาที่เสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
โซเดียมฟลูออไรด์(๕๑.๒๑.๒๑.๐๑) จำนวน ๘๐ หลอด/tube	บริษัท เอส.ดี.ทันตเวช (๑๙๘๘) จำกัด	๕๓,๖๐๐.๐๐	๕๓,๖๐๐.๐๐
รวม			๕๓,๖๐๐.๐๐

* ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลสังคมพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อสิ่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จ.ม.พ. ๐๖๐๖๐๖๐๖

(นางสาวพิชามณูช ธารณธรรม)

เจ้าหน้าที่พัสดุ

๐๖๐๖๐๖๐๖

(นายเจษฎา นุชพ่วง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่



ประกาศโรงพยาบาลสังคม

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อฟลูออไรด์วาร์นิช PULPDENT embrace Vanish ๕% (๑๒ ml) โดยวิธี
เฉพาะเจาะจง

ตามที่ โรงพยาบาลสังคม ได้มีโครงการ ซื้อฟลูออไรด์วาร์นิช PULPDENT embrace Vanish ๕% (๑๒ ml) โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น

โซเดียมฟลูออไรด์(๕๑.๒๑.๒๑.๐๑) จำนวน ๘๐ หลอด/tube ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท
เอส.ดี.ทันตเวช (1988) จำกัด (ส่งออก,ขายส่ง,ขายปลีก,ให้บริการ) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้ง
สิ้น ๕๓,๖๐๐.๐๐ บาท (ห้าหมื่นสามพันหกร้อยบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน
และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่

กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายบรรจบ อุบลแสน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังคม ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคาย



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท เอส.ดี.ทันตเวช (๑๙๘๘) จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๔๗ ซอยสามัคคี ๒๐ ถนนสามัคคี
ตำบลท่าทราย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐๒-๙๕๒-๔๘๑๕-๘
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๓๑๐๑๔๓๙๑

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๒๕๖๓/๐๙
วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓
ส่วนราชการ โรงพยาบาลสังคม
ที่อยู่ ๗๒ ม.๓ ตำบลผาตั้ง อำเภอสังขม จังหวัดหนองคาย
โทรศัพท์ ๐๔๒-๔๔๑๐๕๑

ตามที่ บริษัท เอส.ดี.ทันตเวช (๑๙๘๘) จำกัด ได้เสนอราคา วัสดุ โรงพยาบาลสังคม ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	โซเดียมฟลูออไรด์(51.21.21.01)	๘๐	หลอด/tube	๖๗๐.๐๐	๕๓,๖๐๐.๐๐
(ห้าหมื่นสามพันหกร้อยบาทถ้วน)			รวมเป็นเงิน		๕๐,๐๙๓.๔๖
			ภาษีมูลค่าเพิ่ม		๓,๕๐๖.๕๔
			รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		๕๓,๖๐๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๓
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลสังคม ๗๒ ม.๓
- ระยะเวลาประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ:-

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย

๒.ใบสั่งซื้อสิ่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๓๐๗๗๒๖๑๗๘๕ ชื่อฟลูออไรด์วาร์นิช PULPDENT embrace Vanish ๕% (๑๒

เคยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..... นาย ผู้สั่งซื้อ

(นายเจษฎา นุชพ่วง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

ลงชื่อ..... Donna Donna ผู้รับใบสั่งซื้อ

(คุณบริษัท เอส.ดี.ทันตเวช (1988) จำกัด -)

วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เลขที่โครงการ ๖๓๐๗๗๒๖๑๗๘๕

เลขคุมสัญญา ๖๓๐๗๑๔๒๑๐๒๒๗

ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

วันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๓

ตาม ใบสั่งซื้อสั่งจ้าง เลขที่ ๒๕๖๓/๐๙ ลงวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ โรงพยาบาลสังคม ได้ตกลง ซื้อ
กับ บริษัท เอส.ดี.ทันตเวช (1988) จำกัด สำหรับโครงการ ซื่อฟลูออไรด์วาร์นิช PULPDENT embrace Vanish 5% (12
ml) โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๕๓,๖๐๐.๐๐ บาท (ห้าหมื่นสามพันหกร้อยบาทถ้วน)
ผู้ตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏ ดังนี้

๑. ผลการตรวจรับ

- ☒ ถูกต้อง
 - ☒ ครบถ้วนตามสัญญา
 - ☐ ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

๒. ค่าปรับ

- ☐ มีค่าปรับ
- ☒ ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๕๓,๖๐๐.๐๐ บาท

(ลงชื่อ)..... ประธานกรรมการฯ
(นางรัศมี ทิพชัย)

(ลงชื่อ)..... กรรมการ
(นางรัชนิยา ไชยสมคุณ)

หมายเหตุ : เลขที่โครงการ ๖๓๐๗๒๖๑๗๕๕

เลขคู่มือสัญญา ๖๓๐๗๑๔๒๑๐๒๒๗

เลขคู่มือตรวจรับ ๖๓๐๗A๑๒๘๖๗๙๗



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

ที่ นค ๐๐๓๒.๓๐๓(๐๕)/๖๓/๐๖๑

วันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานการตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคาย (โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังคม ปฏิบัติราชการแทน)

เรื่องเดิม

ด้วยโรงพยาบาลสังคมมีความประสงค์จะจัดซื้อวัสดุทันตกรรม โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ตามใบสั่งซื้อเลขที่ ๒๕๖๓/๐๙ ลงวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ กับ บริษัท เอส.ดี.ทันตเวช (๑๙๘๘) จำกัด โดยครบกำหนดส่งมอบภายในวันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๓ ด้วยเงินบำรุง โรงพยาบาลสังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ นั้น

ข้อเท็จจริง

บริษัท เอส.ดี.ทันตเวช (๑๙๘๘) จำกัด ได้ส่งมอบงาน ณ วันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๓ และผู้ตรวจรับพัสดุ ได้ทำการตรวจรับในวันที่ ๘ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ผลปรากฏคือผู้รับส่งมอบงานถูกต้อง ครบถ้วน ตามสัญญาจ้างเห็นควรเบิกจ่าย จำนวน ๕๓,๖๐๐ บาท (ห้าหมื่นสามพันหกร้อยบาทถ้วน) ให้แก่ผู้ขายต่อไป

ข้อระเบียบและกฎหมาย

๑. พระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๑๗๕
๒. คำสั่งจังหวัดหนองคาย ที่ ๒๘๖๔/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคายมอบอำนาจให้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังคม ในการอนุมัติการก่อหนี้ผูกพันเกี่ยวกับ “การพัสดุ” การสั่งซื้อ สั่งจ้างทุกวิธี ยกเว้นวิธีคัดเลือกในวงเงินครั้งละไม่เกิน ๕,๐๐๐,๐๐๐ บาท

ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

นางสาว พิชามณู ชัยธรรม

(นางสาวพิชามณู ชัยธรรม)
ตำแหน่ง ทันตแพทย์ปฏิบัติการ
เจ้าหน้าที่

นายเจษฎา นุชพ่วง

(นายเจษฎา นุชพ่วง)
ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ทราบและอนุมัติให้เบิกจ่าย

นายบรรจบ อุดลแสน

(นายบรรจบ อุดลแสน)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังคม ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคาย

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าพัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า นายเจษฎา นุชพ่วง

ข้าพเจ้า นางสาวพิชามญชุ์ ธารณธรรม

ข้าพเจ้า นางรัศมี ทิพย์ชัย

ข้าพเจ้า นางรัชนิษฐ์ ไชยสมคุณ

(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

(เจ้าหน้าที่)

(ประธานกรรมการตรวจรับ)

(คณะกรรมการตรวจรับ)

ขอให้การรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ทุกเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๕๘

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบ โดยทันที

(ลงนาม).....

(นายเจษฎา นุชพ่วง)

ทันตแพทย์ชำนาญการ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงนาม).....

(นางรัศมี ทิพย์ชัย)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ตรวจรับ

(ลงนาม).....

ผู้ตรวจรับ

(ลงนาม).....

(นางสาวพิชามญชุ์ ธารณธรรม)

ทันตแพทย์ปฏิบัติการ

เจ้าหน้าที่พัสดุ

(ลงนาม).....

(นางรัชนิษฐ์ ไชยสมคุณ)

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนชำนาญงาน

ผู้ตรวจรับ

(ลงนาม).....

ผู้ตรวจรับ

Tantavade 1988

บริษัท เอส.ดี. ทันทเวช (1988) จำกัด S.D. TANTAVADE (1988) CO., LTD.

สำนักงานใหญ่ : 47 ซอยสามัคคี 20 ถนนสามัคคี ตำบลท่าทราย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
Head Office : 47 Soi Samakkee 20, Samakkee Road, Ta-Sai, Muang Nonthaburi 11000 Thailand
TEL. 0-2952-4815-18 FAX : 0-2952-4819
ทะเบียนการค้าเลขที่ 08 38 04935
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Tax Registered No. 0105531014391

TAX INVOICE

หน้าที่ 1 / 1

เอกสารออกเป็นชุด

วันที่/Date

รหัสลูกค้า/Customer No. 08NK10011

ชื่อผู้ซื้อ/Name โรงพยาบาลสังคม
ที่อยู่/Address ฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลสังคม
อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย 43160

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร/Tax ID. 0994000375832

โทร 042-441-051, 042-441-029

เลขที่/No. A2007-0152

พนักงานขาย/Sales

ธนภัทร อินทะเนียบ

กำหนดชำระเงิน/Term of Payment

30 Days

รหัสสินค้า Code No.	รายละเอียด Description	จำนวน Quantity	ราคาต่อหน่วย Unit Price	ส่วนลด Discount	จำนวนเงิน Amount
PU-FV10	PULPDENT Embrace Vanish 5% (12 ml)	80 หลอด	670.00	0.00	53,600.00

PULPDENT®

คณะกรรมการได้ตรวจรับแล้ว

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ

ลงชื่อ.....กรรมการ

ลงชื่อ.....กรรมการ

วันที่ 8 ก.ค. 2563

VDW®

ใช้เพื่อการค้าที่ได้รับรองแล้ว

ลงชื่อ.....



(ห้าหมื่นสามพันหกร้อยบาทถ้วน)

ได้รับชำระค่าสินค้าแล้วด้วยความขอบคุณยิ่ง PAYMENT RECEIVED WITH THANKS

☐ เงินสด/CASH ☐ เช็ค/CHEQUE เลขที่/NO.

ธนาคาร/BANKสาขา/BRANCH

ลงวันที่/DATEลงชื่อผู้รับเงิน Collector

จัดโดย	ตรวจ	บรรจุโดย	ส่งโดย

ได้รับสินค้าตามรายการข้างต้นในสภาพถูกต้องเรียบร้อยแล้ว
Received the above goods in good order and condition

ลงชื่อผู้รับของ Receiver วันที่ 8 / 7.ค. / 2563

รวมราคาทั้งสิ้น Total

50,093.46

หัก ส่วนลด Less Discount

0.00

ยอดหลังหักส่วนลด Total

50,093.46

จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม Value - Added - Tax

3,506.54

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น Grand Total

53,600.00

ลงชื่อผู้จัดการ Manager

- ★ กรณีที่ชำระเงินด้วยเช็คจะสมบูรณ์เมื่อ บริษัทฯ ได้เรียกเก็บเงินตามเช็คเรียบร้อยแล้ว กรุณาจ่ายเช็คคืนพร้อม เฉพาะ A/C PAYEE ONLY เพื่อบัญชี บริษัท เอส.ดี. ทันทเวช (1988) จำกัด เท่านั้น
- ★ กรณีที่ชำระเงินด้วยธนาคาติ กรุณาจ่าย บริษัท เอส.ดี. ทันทเวช (1988) จำกัด ไปรษณีย์เท่านั้น
- ★ กรณีที่ชำระเงินด้วยบัตรเครดิตผ่านธนาคารกรุงไทย สาขาสยามสแควร์ บัญชีกระแสรายวันเลขที่ 052-6-06061-1 หรือธนาคารทหารไทย สาขาถนนสามัคคี บัญชีกระแสรายวัน เลขที่ 071-1-05318-1 จะสมบูรณ์เมื่อบริษัทฯ ได้รับโอนเงินทางแบงค์เรียบร้อยแล้ว
- ★ สินค้าซื้อแล้วหากมีการแตกหัก หรือขาดตกบกพร่องประการใด โปรดแจ้งให้ทางบริษัทฯ ทราบภายใน 7 วัน มิฉะนั้นบริษัทฯ จะไม่รับผิดชอบความเสียหายใด ๆ ทั้งสิ้น
- ★ สินค้าตามใบส่งของ ทางบริษัทฯ จะปรับเปลี่ยน หรือคืนภายใน 7 วัน นับจากวันรับสินค้า

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

23/9/63.



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสังคม

ที่ นค๐๐๓๒.๓๐๓(๐๕)/๖๒/๐๑๖

วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง รายงานขอซื้อขอจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคาย (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังคม ปฏิบัติราชการแทน)

ด้วย โรงพยาบาลสังคมมีความประสงค์จะ ซื้อฟิล์ม x-ray ทันตกรรม โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

ใช้ในการ x-ray ฟัน เพื่อตรวจหารอยโรค และการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

๒. รายละเอียดของพัสดุ

รายละเอียดตามเอกสารแนบ

๓. ราคากลางของพัสดุที่จะซื้อจำนวน ๓,๙๖๐.๐๐ บาท (สามพันเก้าร้อยหกสิบบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะซื้อ

เงินนอกงบประมาณจาก จำนวน ๓,๙๖๐.๐๐ บาท (สามพันเก้าร้อยหกสิบบาทถ้วน)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจงเนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

ผู้ตรวจรับพัสดุ

๑. นางรัศมี ทิพย์ชัย

ประธานกรรมการฯ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒. นางรัชนิยา ไชยสมคุณ

กรรมการ

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนปฏิบัติการ

อำนาจและหน้าที่

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

ตรวจสอบแล้ว

(นายพงษ์ศักดิ์ จัยประเทศ)
นักจัดการงานทั่วไป จำแนกการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงาน
ขอซื้อดังกล่าวข้างต้น

พิมณัฐ ธารณธรรม

(นางสาวพิมณัฐ ธารณธรรม)

เจ้าหน้าที่พัสดุ

เชษฐา นุชพ่วง

(นายเชษฐา นุชพ่วง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

วธ

(นายบรรจบ อุบลแสน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังคม ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคาย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสังคม

ที่ นค๐๐๓๒.๓๐๓(๐๕)/๖๒/๐๑๗

วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๒

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อสิ่งจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคาย (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังคม ปฏิบัติราชการแทน)

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อฟิล์ม x-ray ทันตกรรม โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาทีเสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
ฟิล์ม(๑๓.๑๑.๑๒.๐๐) จำนวน ๒ กล่อง/box	บริษัท เอส.ดี.ทันตเวช (๑๙๘๘) จำกัด	๓,๙๖๐.๐๐	๓,๙๖๐.๐๐
รวม			๓,๙๖๐.๐๐

* ราคาทีเสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลสังคมพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อสิ่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

นางสาว พิชามณู ชำนาญธรรม

(นางสาวพิชามณู ชำนาญธรรม)

เจ้าหน้าที่พัสดุ

นายเจษฎา นุชพ่วง

(นายเจษฎา นุชพ่วง)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ



ประกาศโรงพยาบาลสังคม

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อฟิล์ม x-ray ทันตกรรม โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ โรงพยาบาลสังคม ได้มีโครงการ ซื้อฟิล์ม x-ray ทันตกรรม โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น
ฟิล์ม(๑๓.๑๑.๑๒.๐๐) จำนวน ๒ กล่อง/box ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท เอส.ดี.ทันตเวช (1988)
จำกัด (ส่งออก,ขายส่ง,ขายปลีก,ให้บริการ) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๓,๙๖๐.๐๐ บาท (สามพันเก้าร้อยหกสิบ
บาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายบรรจบ อุบลแสน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังคม ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดหนองคาย



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท เอส.ดี.ทันตเวช (๑๙๘๘) จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๔๗ ซอยสามัคคี ๒๐ ถนนสามัคคี
ตำบลท่าทราย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐๒-๙๕๒-๔๘๑๕-๘
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๓๑๐๑๔๓๙๑

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๒๕๖๒/๐๓
วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๒
ส่วนราชการ โรงพยาบาลสังคม
ที่อยู่ ๗๒ ม.๓ ตำบลผาตั้ง อำเภอสังขม จังหวัดหนองคาย
โทรศัพท์ -

ตามที่ บริษัท เอส.ดี.ทันตเวช (๑๙๘๘) จำกัด ได้เสนอราคา ใ้ต่อ โรงพยาบาลสังคม ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	ฟิล์ม(13.11.12.00)	๒	box	๑,๙๘๐.๐๐	๓,๙๖๐.๐๐
(สามพันเก้าร้อยหกสิบบาทถ้วน)			รวมเป็นเงิน		๓,๙๖๐.๐๐
			ภาษีมูลค่าเพิ่ม		๒๕๙.๐๗
			รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		๓,๙๖๐.๐๐

การซื้อขาย อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๒
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลสังคม ๗๒ ม.๓
- ระยะเวลาประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย