



บันทึกข้อความ

ใบสำคัญเลขที่...../2564

ส่วนราชการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย โทร 0 5567 3136 - 137

ที่ สท.0032.301.1.2/

วันที่ **- 9 มิ.ย. 2564**

เรื่อง ขออนุมัติจ่าย เงินบัตรประกันสุขภาพ เงินบำรุง เพื่อจ่ายเป็น ค่าวัสดุอื่นๆ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

โรงพยาบาลศรีสะเกษ ขออนุมัติจ่ายเงินบัตรประกันสุขภาพ เงินบำรุงให้กับ บริษัท ไปโอ พลัส เมดิคอล จำกัด จำนวนเงิน 48,685.00 บาท (สี่หมื่นแปดพันหกร้อยแปดสิบบ้าบาทถ้วน) ตามบันทึกขออนุมัติจัดซื้อ/จัดจ้างและใบตรวจรับพัสดุที่แนบมาพร้อมนี้ โดยอาศัยคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ 2692/2553 ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2553

ลำดับ	ประเภทพัสดุ	เลขที่เอกสาร	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
1	ค่าวัสดุอื่นๆ	BC121194	48,685.00	

รวม (สี่หมื่นแปดพันหกร้อยแปดสิบบ้าบาทถ้วน) 48,685.00 บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นายเอนก จันทร์แจ)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน รักษาการในตำแหน่ง

นักจัดการงานทั่วไป

อนุมัติ

(นายสุหนต์ ทังศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ



บริษัท ไบโอ พลัส เมดิคอล จำกัด (สำนักงานใหญ่)

51/769 หมู่บ้านพฤษภา 17 หมู่ 9 อ.ลำลูกกาคลอง 3 ต.ลาดสวาย อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี 12150

โทรศัพท์ 0 2152 8277 โทรสาร 0 2152 8069

BIO FM 31-1: 3 JAN 2018

http://www.bioplusgroup.com, e-mail: bioal.jp@gmail.com, bioplus.me@gmail.com

ค้นฉบับใบกำกับภาษี/ใบส่งสินค้า/ใบแจ้งหนี้

เลขที่ BCI 21194 TAX INVOICE No.

ORIGINAL TAX INVOICE / DELIVERY ORDER / INVOICE

วันที่ 19 สิงหาคม 2564

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0135560025321

ชื่อลูกค้า CUSTOMER	สถานที่ส่งสินค้า SHIP TO
โรงพยาบาลศรีธนาถ้อย 210 หมู่ 3 ตำบลหาดเสี้ยว อำเภอศรีธนาถ้อย จังหวัดสุโขทัย 64130 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000483856 สถานประกอบการ สำนักงานใหญ่ โทรศัพท์ 0-5567-1484	โรงพยาบาลศรีธนาถ้อย 210 หมู่ 3 ตำบลหาดเสี้ยว อำเภอศรีธนาถ้อย จังหวัดสุโขทัย 64130

ใบสั่งซื้อเลขที่ CUSTOMER ORDER No	ใบเสนอราคาเลขที่ QUOTATION No	เงื่อนไขการชำระเงิน TERM OF PAYMENT	วันครบกำหนด DUE DATE	พนักงานขาย SALES
164/2564	QJ201512	30 วัน		ปณิศา ไวยนิทา

ลำดับ ITEM	รหัสสินค้า CODE DESCRIPTION	รายการสินค้า DESCRIPTION	จำนวน QUANTITY	หน่วยนับ UNIT	ราคาต่อหน่วย UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
1		อะไหล่สำหรับเครื่อง Biological Safety Cabinet (Class II) Brand: ESCO Model: AC2-4A1 S/N:2007-27524 I.D.: รพช.กอ.001-3026515-039-1110 - Main HEPA filter (รับประกันสินค้า 1 ปี) - Exhaust HEPA filter (รับประกันสินค้า 1 ปี) พร้อมออกใบ Certificate of Test Report ตามมาตรฐานการผลิต/มือเครื่อง โดยผู้ผ่านการอบรมและสอบผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตร การตรวจรับรองตู้ชีววินัยระดับต้น ของกรมวิทยาศาสตร์สุขภาพแพทย์	1	ชุด	45,500.00	45,500.00

การตรวจรับพัสดุ

1. สภาพหีบห่อ

ดี ชำรุด

2. จำนวนสินค้าที่สั่งซื้อตรงตามบิล

ครบ ไม่ตรง เกิน

3. อายุการใช้งาน

< 6 เดือน > 6 เดือน

ตรวจรับถูกต้องแล้ว

1. _____
19 / 8 / 64

สีหมื่นแปดพันหกร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน

ราคาสินค้า PRICE	45,500.00
ส่วนลด DISCOUNT	0.00
ราคาสินค้าทั้งสิ้น NET PRICE	45,500.00
ภาษีมูลค่าเพิ่ม VAT 7 %	3,185.00
ยอดรวมสุทธิ GRAND TOTAL	48,685.00

- สินค้าตามใบส่งของฉบับนี้ยังเป็นกรรมสิทธิ์ของบริษัทฯ ผู้ขาย จนกว่าผู้ซื้อจะชำระเงินเรียบร้อยแล้ว โดยโอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา เทสโก้ โลตัส ลำลูกกา (คลอง 2) ชื่อบัญชี บริษัท ไบโอ พลัส เมดิคอล จำกัด (สำนักงานใหญ่) เลขที่บัญชี 408-610817-1
- เมื่อครบกำหนดชำระเงินแล้วไม่ชำระ ผู้ซื้อยินดีให้ผู้ขายยึดคอกเบียร์ร้อยละ 1.5 ต่อเดือน
- บริษัทฯ จะรับประกันเฉพาะสินค้าที่ผู้ซื้อขอคืนภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ผู้ซื้อรับสินค้าไว้

ในนาม บริษัท ไบโอ พลัส เมดิคอล จำกัด



ผู้จัดการ/ผู้รับมอบอำนาจ
Manager / Authorizer

ได้รับสินค้าข้างต้นในสภาพที่ถูกต้องครบถ้วนแล้ว และสัญญาว่าจะชำระเงินตามเงื่อนไขที่ระบุไว้	ชื่อผู้ตรวจสินค้าก่อนส่ง CHECKED BY	ชื่อผู้ส่งสินค้า DELIVERED BY
 ผู้ตรวจรับสินค้า GOODS RECEIVED	 DATE	 DATE
2 / / วันที่ตรวจรับสินค้า DATE	/ / DATE	/ / DATE



บริษัท ไบโอ พลัส เมดิคอล จำกัด (สำนักงานใหญ่)

51/769 หมู่บ้านพุดชา 17 หมู่ 9 อ.ลำลูกกาคลอง 3 ต.ลาดสวาย อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี 12150

โทรศัพท์ 0 2152 8277 โทรสาร 0 2152 8069

BIO FM 31-I: 3 JAN 2018

http://www.bioplusgroup.com, e-mail: biocal.jpp@gmail.com, bioplus.me@gmail.com

สำเนาใบกำกับภาษี/ใบส่งสินค้า/ใบแจ้งหนี้

เลขที่ BCI 21194
TAX INVOICE No.

วันที่ 19 มิถุนายน 2564

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0135560025321

COPY TAX INVOICE / DELIVERY ORDER / INVOICE

ชื่อลูกค้า CUSTOMER โรงพยาบาลศรีธนาถ้อย 210 หมู่ 3 ตำบลหาดเสี้ยว อำเภอศรีธนาถ้อย จังหวัดสุโขทัย 64130 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000483856 สถานประกอบการ สำนักงานใหญ่ โทรศัพท์ 0-5567-1484	สถานที่ส่งสินค้า SHIP TO โรงพยาบาลศรีธนาถ้อย 210 หมู่ 3 ตำบลหาดเสี้ยว อำเภอศรีธนาถ้อย จังหวัดสุโขทัย 64130
---	--

ใบสั่งซื้อเลขที่ CUSTOMER ORDER No	ใบเสนอราคาเลขที่ QUOTATION No	เงื่อนไขการชำระเงิน TERM OF PAYMENT	วันครบกำหนด DUE DATE	พนักงานขาย SALES
164/2564	QJ201512	30 วัน		ปาลิตา ไวยนิทา

ลำดับ ITEM	รหัสสินค้า CODE DESCRIPTION	รายการสินค้า DESCRIPTION	จำนวน QUANTITY	หน่วยนับ UNIT	ราคาต่อหน่วย UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
1		อะไหล่สำหรับเครื่อง Biological Safety Cabinet (Class II) Brand: ESCO Model: AC2-4A1 S/N:2007-27524 I.D.: รพช.กอ.001-3026515-039-1110 - Main HEPA filter (รับประกันสินค้า 1 ปี) - Exhaust HEPA filter (รับประกันสินค้า 1 ปี) พร้อมออกใบ Certificate of Test Report ตามมาตรฐานการผลิต/มือเครื่อง โดยผู้ผ่านการอบรมและสอบผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตร การตรวจรับรองตู้ชีวโมเลกุลระดับต้น ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	1	ชุด	45,500.00	45,500.00

สีหมื่นแปดพันหกร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน

ราคาสินค้า PRICE	45,500.00
ส่วนลด DISCOUNT	0.00
ราคาสินค้าทั้งสิ้น NET PRICE	45,500.00
ภาษีมูลค่าเพิ่ม VAT 7 %	3,185.00
ยอดรวมสุทธิ GRAND TOTAL	48,685.00

1. สินค้าตามใบส่งของฉบับนี้ยังเป็นกรรมสิทธิ์ของบริษัทฯ ผู้ขาย จนกว่าผู้ซื้อจะได้ชำระเงินเรียบร้อยแล้ว โดยโอนเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา เทสโก้ โลตัส ลำลูกกา (คลอง 2) ชื่อบัญชี บริษัท ไบโอ พลัส เมดิคอล จำกัด (สำนักงานใหญ่) เลขที่บัญชี 408-610817-1

2. เมื่อครบกำหนดชำระเงินแล้วไม่ชำระ ผู้ซื้อยินดีให้ผู้ขายคิดดอกเบี้ยร้อยละ 1.5 ต่อเดือน

3. บริษัทฯ จะรับคืนเฉพาะสินค้าที่ผู้ซื้อขอคืนภายใน 7 วัน นับแต่วันที่ผู้ซื้อได้รับสินค้าไว้

ได้รับสินค้าข้างต้นในสถานที่ที่ถูกต้องครบถ้วนแล้ว และสัญญาว่าจะชำระเงินตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ ผู้ตรวจรับสินค้า GOODS RECEIVER วันที่ตรวจรับสินค้า DATE	ชื่อผู้ตรวจสินค้าก่อนส่ง CHECKED BY DATE	ชื่อผู้ส่งสินค้า DELIVERED BY DATE
--	--	--

ในนาม บริษัท ไบโอ พลัส เมดิคอล จำกัด



ผู้จัดการ/ผู้รับมอบอำนาจ
Manager / Authorizer



บริษัท ไบโอ พลัส เมดิคอล จำกัด (สำนักงานใหญ่)

51/769 หมู่บ้านพุดชา 17 หมู่ 9 ถ.ด่านกอกคลอง 3 ต.ฉาดสวย อ.ด่านกอก อ.ปทุมธานี 12150

โทรศัพท์ 0 2152 8277 โทรสาร 0 2152 8069

http://www.bioplusgroup.com, e-mail: biocal.jp@gmail.com, bioplus.me@gmail.com

BIO PM 31-13 JAN 2018

ใบสำคัญที่.....

ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ BCR 21201
TAX INVOICE No.

ORIGINAL RECEIPT

วันที่

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0135560025321

ชื่อลูกค้า CUSTOMER	สถานที่ส่งสินค้า SHIP TO
โรงพยาบาลศรีสังขาลย์ 210 หมู่ 3 ตำบลหาดเสี้ยว อำเภอศรีสังขาลย์ จังหวัดสุโขทัย 64130 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000483856 สถานประกอบการ สำนักงานใหญ่ โทรศัพท์ 0-5567-1484	โรงพยาบาลศรีสังขาลย์ 210 หมู่ 3 ตำบลหาดเสี้ยว อำเภอศรีสังขาลย์ จังหวัดสุโขทัย 64130

อ้างอิงใบส่งสินค้าเลขที่ DELIVERY ORDER NO	ใบสั่งซื้อเลขที่ CUSTOMER ORDER NO	พนักงานขาย SALES
BCI 21194	164/2564	เจตปริยา

ลำดับ ITEM	รหัสสินค้า CODE DESCRIPTION	รายการสินค้า DESCRIPTION	จำนวน QUANTITY	หน่วยนับ UNIT	ราคาต่อหน่วย UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
1		อะไหล่สำหรับเครื่อง Biological Safety Cabinet (Class II) Brand: ESCO Model: AC2-4A1 S/N:2007-27524 I.D.: รพช.กอ.001-3026515-039-1110 - Main HEPA filter (รับประกันสินค้า 1 ปี) - Exhaust HEPA filter (รับประกันสินค้า 1 ปี) พร้อมออกใบ Certificate of Test Report ตามมาตรฐานการผลิต/มือเครื่อง โดยผู้ผ่านการอบรมและสอบผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตร การตรวจรับรองตู้ชีวนิรภัยระดับต้น ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	1	ชุด	45,500.00	45,500.00

09 มิ.ย. 2564

สีหมื่นแปดพันหกร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน	ราคาสินค้า PRICE	45,500.00
	ส่วนลด DISCOUNT	0.00
	ราคาสินค้าทั้งสิ้น NET PRICE	45,500.00
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม VAT 7%	3,185.00
	ยอดรวมสุทธิ GRAND TOTAL	48,685.00

ชำระโดย : PAYMENT <input type="radio"/> เงินสด CASH <input type="radio"/> เช็คธนาคาร CHEQUE BANK : _____ เลขที่ NO. : _____ สาขา BRANCH : _____ ลงวันที่ DATE : _____ (ในกรณีชำระเงินเช็ค โปรดส่งถ่ายและขีดคร่อมในนาม บริษัท ไบโอ พลัส เมดิคอล จำกัด เท่านั้น) <input type="radio"/> โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา เทสโก้ โลตัส ด่านกอก (คลอง 2) ชื่อบัญชี บริษัท ไบโอ พลัส เมดิคอล จำกัด (สำนักงานใหญ่) เลขที่บัญชี 408-610817-1	ในนาม บริษัท ไบโอ พลัส เมดิคอล จำกัด ผู้จัดการ/ผู้รับมอบอำนาจ Manager / Authorizer
ผู้รับเงิน _____ วันที่ : _____ COLLECTOR DATE	



บันทึกข้อความ


ส่วนราชการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่มงานบริหารทั่วไป อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย
ที่ สท ๐๐๓๒.๓๐๑ /๒๒๑ วันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอส่งเอกสารเพื่อเบิกจ่ายเงิน

เรียน หัวหน้าเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี

งานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย
ได้ซื้อ วัสดุอื่น ๆ จำนวน ๑ รายการ โดยวิธี เฉพาะเจาะจง
ด้วย เงินบำรุง โรงพยาบาลศรีสะเกษ
กับ บริษัท ไบโอ พลัส เมดิคอล จำกัด
เป็นเงินทั้งสิ้น ๔๘,๖๘๕.๐๐ บาท (สี่หมื่นแปดพันหกร้อยแปดสิบบห้าบาทถ้วน)
ซึ่งเป็น ราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว ตามรายงาน ขอซื้อ ที่ สท ๐๐๓๒.๓๐๑ /๖๔๐๐๐๒๗๐
ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓ และใบสั่งซื้อ เลขที่ ๑๖๔ ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓

ผู้ตรวจรับได้ตรวจรับของถูกต้องแล้ว
จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการเบิกจ่ายเงินให้ต่อไป


นางชฎานิศ แป้งหอม
เจ้าหน้าที่

ใบตรวจรับการจัดซื้อ

วันที่ ๑๙ มีนาคม ๒๕๖๔

ตามหนังสือสัญญาเลขที่ ๑๖๔ ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓ โรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้ตกลงซื้อ
กับ บริษัท ไปโอ พลาสติก เมติกอล จำกัด สำหรับโครงการจัดซื้อ วัสดุอื่น ๆ

โดยวิธี เฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๔๘,๖๘๕.๐๐ บาท (สี่หมื่นแปดพันหกร้อยแปดสิบบาทถ้วน)

ผู้ตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงานแล้ว ตาม ใบส่งของ เลขที่ BC๑ ๒๑๑๙๔ ผลปรากฏว่า
ผลการตรวจรับ

ถูกต้อง

- ครบถ้วนตามสัญญา
 ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

ค่าปรับ

- มีค่าปรับ
 ไม่มีค่าปรับ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจรับพัสดุ

นางวิจิตรา สุวรรณอำไพ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย

- เพื่อโปรดทราบผลการตรวจรับพัสดุ

ผู้ตรวจรับพัสดุได้ตรวจรับและส่งมอบพัสดุให้เจ้าหน้าที่พัสดุและลงบัญชีพัสดุเรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดลงนามรับทราบ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

นางชฎานิศ แบ่งหอม

- ตรวจสอบแล้วถูกต้อง

ลงชื่อ.....หัวหน้าเจ้าหน้าที่

นางสาวมณฑกานต์ นามแก้ว

ทราบ

นายสุหนต์ ทังศิริ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย

หมายเหตุ : เลขที่โครงการ - ๒๕๐๓๗๕๖๕๖๕๕๕
เลขที่สัญญา - ๒๕๐๓๑๕๕๕๕๖๖๖
เลขที่คุมตรวจรับ - ๒๕๐๓๑๖๐๘๕๖๖๘

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง บริษัท ไปโอ พลัส เมดิคอล จำกัด
ที่อยู่ ๕๑/๗๖๙ หมู่บ้านพฤษภา ๑๗ หมู่ ๙ ถ.ลำลูกกาคลอง ๓ ต.ลาดสวาย อ.ลำ
ลูกกา จ.ปทุมธานี ๑๒๑๕๐
โทรศัพท์ ๐๒-๑๕๒๘๒๗๗
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๓๕๕๖๐๐๒๕๓๒๑
เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร ชื่อบัญชี ธนาคาร

ใบสั่งซื้อ เลขที่ ๑๖๔/๒๕๖๔
วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓
ส่วนราชการ โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย
ที่อยู่ ม.๓ ต.หาดเสี้ยว อ.ศรีสัชชนาลัย จ.สุโขทัย ๖๔๑๓๐
โทรศัพท์ ๐๕๕-๖๗๓๑๓๖-๗

ตามที่ บริษัท ไปโอ พลัส เมดิคอล จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย ซึ่งได้รับราคาและตกลง ซื้อ
ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	อะไหล่สำหรับเครื่อง Baiological Safety Cabinet	๑.๐๐	ชุด	๔๘,๖๘๕.๐๐	๔๘,๖๘๕.๐๐
				มูลค่าสินค้า	๔๕,๕๐๐.๐๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๓,๑๘๕.๐๐
	(สีหมื่นแปดพันหกร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน)			รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๔๘,๖๘๕.๐๐

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๔
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย ม.๓ ต.หาดเสี้ยว อ.ศรีสัชชนาลัย จ.สุโขทัย ๖๔๑๓๐
- ระยะเวลาประกัน ๑ ปี วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด
 - โดยคิดค่าปรับในการซื้อเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒ บาท
 - ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบแต่จะต้องไม่ต่ำกว่า วันละ ๑๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ
กรณีนี้ผู้ขาย/ผู้รับจ้างจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตาม ใบสั่ง ซื้อ ทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลง
ของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อ นี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ- ชื่อ วัสดุอื่น ๆ
โดยวิธี เฉพาะเจาะจง ตามประกาศจังหวัดสุโขทัย ลงวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓

ลงชื่อ.....ผู้สั่งซื้อ

นางสาวมณฑกานต์ นามแก้ว
หัวหน้าเจ้าหน้าที่
๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓

ลงชื่อ.....ผู้รับใบสั่งซื้อ

๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓

เลขที่โครงการ - ๒๔๐๓๗๕๕๖๕๕๕
เลขที่คุมสัญญา - ๒๔๐๓๗๕๕๕๖๖๖





บริษัท ไบโอ พลัส เมดิคอล จำกัด (สำนักงานใหญ่)

BIO FM 38-2: 29 Mar 2018

Bio Plus Medical Co.,Ltd.



51/769 หมู่บ้านพฤษภา 17 หมู่ 9 ต.ลำลูกกาคลอง 3 ค.ลาดสวาย อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี 12150
 51/769 Pruksa Village 17 Moo 9, Lam Lukka Klong 3, Ladsawai, Lam Lukka, Pathumthani 12150 Thailand
 โทรศัพท์ 0 2152 8277 แฟกซ์ 0 2152 8069 ลูกค้าสัมพันธ์โทรศัพท์ 06 5093 5094 Line ID. @bioplusgroup
 e-mail : biocal.jp@gmail.com, bioplus.me@gmail.com เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0135560025321

บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา เทสโก้ โลตัส ลำลูกกา (คลอง 2) ชื่อบัญชี บริษัท ไบโอ พลัส เมดิคอล จำกัด เลขที่บัญชี 408-610817-1

ใบเสนอราคา

เลขที่ : QJ201512

QUOTATION

วันที่ : 27/11/2020

เรียน : ผู้อำนวยการ

รหัสลูกค้า :

ที่อยู่ : โรงพยาบาลศรีธนาถัย

ผู้ดูแล : เจตปริยา พลจร

210 หมู่ 3 ตำบลหาดเสี้ยว อําเภอกศรีธนาถัย จังหวัดสุโขทัย 64130

เบอร์ติดต่อ : 08 9920 1509

โทรศัพท์ : 0-5567-1484

โทรสาร :

ผู้เสนอราคา : กรรณก อดทน

ผู้ติดต่อ : คุณวิจิตร 08 9697 5094

เบอร์ติดต่อ : 09 4813 2617

e-mail : mam_mlt17@hotmail.com

e-mail : biocal.kkn@gmail.com

บริษัทฯ มีความยินดีในการเสนอราคาเพื่อขายผลิตภัณฑ์ตามที่แนบมาและเงื่อนไขที่ระบุไว้ในใบเสนอราคา

We are pleased to submit you the following quotation and offer to sell the products described herein at price, items, and terms stated.

ลำดับ Item	รายการ Description	จำนวน Qty.	หน่วยนับ Unit	ราคาต่อหน่วย/บาท Unit Price	จำนวนเงิน/บาท Amount
	อะไหล่สำหรับเครื่อง Biological Safety Cabinet (Class II) Brand: ESCO Model: AC2-4A1				
1	- Main HEPA filter (รับประกันสินค้า 1 ปี)	1	Unit	27,500.00	27,500.00
2	- Exhaust HEPA filter (รับประกันสินค้า 1 ปี)	1	Unit	18,000.00	18,000.00
3	- ฟิล์ม Modify ชุดหลอดไฟแสงสว่าง ** สเปก HEPA Filter ดังนี้ Filter Class : H14 Efficiency : 99.995% @MPPS / 99.999% @0.3 micron Frame : Extruded and Anodised Aluminum Media : Glass Fibre Paper	2	Unit	-	-
4	- ฟิล์ม Fumigation โดยน้ำยา Stabilised hydrogen peroxide 6% พร้อมออกไป Certificate of Test Report ตามมาตรฐานการผลิต/มือเครื่อง โดยผู้ผ่านการอบรมและสอบผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตร การตรวจรับรองตู้ชีวโมดิฟายระดับต้น ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตามพารามิเตอร์ดังนี้ - Downflow Velocity test (การวัดความเร็วอากาศพื้นที่ปฏิบัติงาน) - Inflow Velocity test (การวัดความเร็วอากาศเข้าตู้) - Leak test of HEPA filter (การทดสอบรอยรั่วของแผ่นกรอง HEPA filter) - Airflow smoke pattern (การทดสอบรูปแบบการไหลของอากาศ) - Ultraviolet radiation (การทดสอบความเข้มคลื่นรังสีของหลอด UVC) - Illumination test (การทดสอบความสว่างของพื้นที่ปฏิบัติงาน) - Site Installation Assessment test (การทดสอบระบบเตือนและความปลอดภัยของตู้) - Sound Level test (การทดสอบระดับเสียงของตู้) *** ฟิล์มบริการ Fumigation ก่อนเปลี่ยนอะไหล่ HEPA Filter ***	1	Unit	-	-



บริษัท ไบโอ พลัส เมดิคอล จำกัด (สำนักงานใหญ่)

BIO FM 38-2: 29 Mar 2018

Bio Plus Medical Co.,Ltd.



51/769 หมู่บ้านพฤษภา 17 หมู่ 9 อ.ลำลูกกา ก.ล.ด.สว.อ.ลำลูกกา จ.ปทุมธานี 12150
 51/769 Prukha Village 17 Moo 9, Lam Lukka Klong 3, Ladsawai, Lam Lukka, Pathumthani 12150 Thailand
 โทรศัพท์ 0 2152 8277 แฟกซ์ 0 2152 8069 ลูกค้าสัมพันธ์โทรศัพท์ 06 5093 5094 Line ID. @bioplusgroup
 e-mail : biocal.jp@gmail.com, bioplus.mc@gmail.com เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0135560025321

บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา เทศโก้ ไลดัส ลำลูกกา (คลอง 2) ชื่อบัญชี บริษัท ไบโอ พลัส เมดิคอล จำกัด เลขที่บัญชี 408-610817-1

ใบเสนอราคา

เลขที่ : QJ201512

QUOTATION

วันที่ : 27/11/2020

เรียน : ผู้อำนวยการ

รหัสลูกค้า :

ที่อยู่ : โรงพยาบาลศรีสังขาลย์

ผู้ดูแล : เจตปริยา พลจร

210 หมู่ 3 ตำบลหาดเสี้ยว อำเภอสรีสังขาลย์ จังหวัดสุโขทัย 64130

เบอร์ติดต่อ : 08 9920 1509

โทรศัพท์ : 0-5567-1484

โทรสาร :

ผู้เสนอราคา : กรกนก อคทน

ผู้ติดต่อ : คุณวิจิตรา 08 9697 5094

เบอร์ติดต่อ : 09 4813 2617

e-mail : mam_mlt17@hotmail.com

e-mail : biocal.kkn@gmail.com

บริษัทฯ มีความยินดีในการเสนอราคาเพื่อขายผลิตภัณฑ์แก้ต่างตามราคาและเงื่อนไขที่ระบุไว้ในใบเสนอราคา

We are pleased to submit you the following quotation and offer to sell the products described herein at price, items, and terms stated.

ลำดับ Item	รายการ Description	จำนวน Qty.	หน่วยนับ Unit	ราคาต่อหน่วย/บาท Unit Price	จำนวนเงิน/บาท Amount
	ฟรีบริการพิเศษโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย 1. ฟรีค่าดำเนินการนอกสถานที่ 2. ฟรีบำรุงรักษาเชิงป้องกัน preventive maintenance (พร้อมออกใบรับรอง) 3. ฟรีออกเอกสารการทวนสอบตามพารามิเตอร์ที่ทดสอบ 4. ฟรีตรวจเช็คและให้คำปรึกษากรณีเครื่องขัดข้องภายในระยะเวลา 1 ปี				
				ราคาสินค้า PRICE	45,500.00
				ส่วนลด DISCOUNT	0.00
สีหมั่นแปดพันหกร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน				ราคาสินค้าทั้งสิ้น NET PRICE	45,500.00
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม VAT 7 %	3,185.00
				ยอดรวมสุทธิ GRAND TOTAL	48,685.00

กำหนดเข้าดำเนินการ / Delivery Time : 60 วัน หลังจากได้รับใบสั่งซื้อ / ใบสั่งจ้างลงนามโดยผู้มีอำนาจ (Days after receiving purchase order)

กำหนดยื่นราคา / Price Validity : 90 วัน นับจากวันที่ราคาดังกล่าว (Days form quotation date)

เงื่อนไขการชำระเงิน / Term of Payment : 30 วัน หลังวันดำเนินการแล้วเสร็จ (Days after delivery)

บริษัทฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้บริการแก่ท่านในเร็ววันนี้ / We look forward to giving you our best service

ขอแสดงความนับถือ

Sincerely Yours,

(นายพีรศักดิ์ พลจร)

ผู้จัดการแผนกคุณภาพ

น.ส.ณัทภรณ์ นามแก้ว
 (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ)
 ผู้อำนวยการสำนักงาน



ประกาศจังหวัดสุโขทัย
เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ชื่อ วัสดุอื่น ๆ
โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ด้วย จังหวัดสุโขทัย โดยโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย ได้มีโครงการซื้อ วัสดุอื่น ๆ
โดยวิธี เฉพาะเจาะจง นั้น
ชื่อ วัสดุอื่น ๆ จำนวน ๑ รายการ ผู้ได้รับคัดเลือก ได้แก่
บริษัท ไบโอ พลัส เมดิคอล จำกัด โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๔๘,๖๘๕.๐๐ บาท
(สี่หมื่นแปดพันหกกร้อยแปดสิบบห้าบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน
และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓

นายสุหนต์ ทังศิริ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย
ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่มงานบริหารทั่วไป อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย

ที่ สท ๐๐๓๒.๓๐๑ / ๑๖๓

วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อ วัสดุอื่น ๆ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย

ขอรายงานผลการพิจารณาการจัดซื้อ วัสดุอื่น ๆ

จาก บริษัท ไบโอบี พลัส เมดิคอล จำกัด

โดยวิธี เฉพาะเจาะจง ดังนี้

ลำดับ	รายการพิจารณา	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย	ราคาที่เสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
๑	อะไหล่สำหรับเครื่อง Baiological Safety Cabinet	๑.๐๐	ชุด	๔๘,๖๘๕.๐๐	๔๘,๖๘๕.๐๐	๔๘,๖๘๕.๐๐
รวม	๑.๐๐ รายการ				รวม	๔๘,๖๘๕.๐๐

*ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

เกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา
โรงพยาบาลศรีสะเกษพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อ จากผู้เสนอราคาดังกล่าว
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อ จากผู้เสนอราคาดังกล่าว

รณนิ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย

นางชญาณิศ แป้งหอม

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

เจ้าหน้าที่

๑ รายการ ๔๘,๖๘๕.๐๐ บาท

nm

นางสาวมณฑกานต์ นามแก้ว

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ

[Signature]

นายสุทนต์ ทังศิริ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อ ทุกวิธีของหน่วยงาน
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้า เจ้าหน้าที่ และผู้ตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า นางสาวมณฑกานต์ นามแก้ว (หัวหน้าเจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นางชฎานิศ แป้งหอม (เจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นางวิจิตรา สุวรรณอำไพ (ผู้ตรวจรับพัสดุ)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อมหรือผลประโยชน์ใด ๆ
ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะการประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้า
มิตติสัมพันธ์และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส
สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัด
กระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐
หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะ
การประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม.....


นางสาวมณฑกานต์ นามแก้ว

ลงนาม.....


นางชฎานิศ แป้งหอม

ลงนาม.....


นางวิจิตรา สุวรรณอำไพ

ขอบเขตของงานหรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ
โรงพยาบาลศรีษะนาถีย จังหวัดสุโขทัย
ชื่อ วัสดุอื่น ๆ เลขที่ ๑๖๓/๒๕๖๑
ลงวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๓

ลำดับที่	รายการพัสดุที่จัดซื้อ/จัดจ้าง	รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ	จำนวน	หน่วยนับ
๑	อะไหล่สำหรับเครื่อง Baiological Safety Cabinet	อะไหล่สำหรับเครื่อง Baiological Safety Cabinet (Class II) Brand : ESCO Model : AC๒-๔A๑	๑.๐๐	ชุด

ลงชื่อ *นางชฎานิศ* ผู้จัดทำ

นางชฎานิศ แป้งหอม
เจ้าหน้าที่



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่ม งานบริหารทั่วไป

อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย

ที่ สท ๐๐๓๒.๓๐๑ / ๖๔๐๐๐๒๗๐

วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานขอ ซื้อ วัสดุอื่น ๆ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย

ด้วย โรงพยาบาลศรีสะเกษ อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัยมีความประสงค์จะ

ซื้อ

วัสดุอื่น ๆ

โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังรายการต่อไปนี้

๑. เหตุผลและความจำเป็น คือ เพื่อทดแทนพัสดุชำรุดและเสื่อมสภาพการใช้งาน
๒. รายละเอียดของพัสดุ

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	ราคารวม (บาท)
๑	อะไหล่สำหรับเครื่อง Baiological Safety Cabinet	๑.๐๐	ชุด	๔๘,๖๘๕.๐๐	๔๘,๖๘๕.๐๐
(สี่หมื่นแปดพันหกร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน)					๔๘,๖๘๕.๐๐

๓. ราคากลางและรายละเอียดของราคากลาง
ราคาที่ได้มาจากการสืบราคาจากท้องตลาด ภายในระยะเวลา ๒ ปีงบประมาณ
จำนวน ๔๘,๖๘๕.๐๐บาท (สี่หมื่นแปดพันหกร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะ ซื้อ

เงินบำรุง โรงพยาบาลศรีสะเกษ

จำนวน ๔๘,๖๘๕.๐๐บาท (สี่หมื่นแปดพันหกร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

กำหนดระยะเวลาส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๖๐ วันทำการ นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจง เนื่องจาก การจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย

ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท (ห้าแสนบาทถ้วน)

ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งผู้ตรวจรับพัสดุ

- นางวิจิตรา สุวรรณอำไพ

นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ

ผู้ตรวจรับพัสดุ

๙. ข้อกฎหมาย

อำนาจในการลงนามเป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีษะนาลัย ตามคำสั่งจังหวัดสุโขทัย ที่ ๒๖๗๑/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๓ ข้อ ๖ มอบอำนาจให้รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปลัดจังหวัด หัวหน้าสำนักงานจังหวัด หัวหน้าส่วนราชการส่วนภูมิภาคและส่วนกลาง นายอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย ในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ตลอดจนกฎกระทรวง ระเบียบ ประกาศที่เกี่ยวข้องกับการพัสดุที่ออกตาม ความพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ และ ผนวก ฉ. ผู้ว่าราชการจังหวัด มอบอำนาจให้ปฏิบัติราชการแทนในวงเงินการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกิน ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท (สองล้านบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด

๑. อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงานขอ ชื่อ ดังกล่าวข้างต้น
๒. ลงนามในคำสั่งแต่งตั้งผู้ตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

๑ รายการ ๔๘,๖๘๕.๐๐ บาท

นางสาวมณฑกานต์ นามแก้ว
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

นางชยานิศ แป้งหอม
เจ้าหน้าที่

นายสุทนต์ ทังศิริ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีษะนาลัย
ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่ม งานบริหารทั่วไป อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย

ที่ สท ๐๐๓๒.๓๐๑ /๑๖๓

วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติ ซื้อ วัสดุอื่น ๆ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ด้วย กลุ่มงานบริหารทั่วไป

มีความประสงค์จะขอซื้อ วัสดุ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน/หน่วยนับ	ราคาต่อหน่วย	ราคาเดิม /อ้างอิง	จำนวนเงิน
๑	อะไหล่สำหรับเครื่อง Biological Safety Cabinet	๑.๐๐ ชุด	๔๘,๖๘๕.๐๐	.๐๐	๔๘,๖๘๕.๐๐
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น					๔๘,๖๘๕.๐๐

รวม ๑ รายการ

(สี่หมื่นแปดพันหกกร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....ผู้ขอซื้อ
นางวิจิตรา สุวรรณอำไพ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

เห็นควรอนุมัติ

ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงาน
นางศจี สติยธรรม์

๑ รายการ ๔๘,๖๘๕.๐๐ บาท

นางสาวมณฑกานต์ นามแก้ว
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ
นายสุทนต์ ทั้งศิริ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

สรุปยอดเงินคงเหลือที่โอนเข้าบัญชี ประมาณการปีงบประมาณ ๒๕๖๔
 หน่วยเงินบาทและหน่วยทศนาถาธิย ๑ บาท = ๑๐๐.๐๐๐

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ลำดับที่	ประเภท	จำนวน (รายการ)	มูลค่าคงคลังปี ๒๕๖๓ ณ วันที่ ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๓ (บาท)	ประมาณการจัดซื้อ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (บาท)	หมายเหตุ
๑	วัสดุสำนักงาน	๑๓๒ รายการ	๕๖,๖๐๕.๐๐	๘๘๑,๕๐๕.๗๖	
๒	วัสดุงานบ้านงานครัว	๑๒๕ รายการ	๘๗,๓๔๖.๘๘	๑,๕๕๖,๕๕๐.๒๑	
๓	วัสดุคอมพิวเตอร์	๓๓ รายการ	๗,๖๐๐.๐๐	๕๕๓,๘๗๓.๐๐	
๔	วัสดุยานพาหนะ	๑๔ รายการ	๐.๐๐	๗๖๖,๖๖๖.๖๖	
๕	วัสดุสิ่งก่อสร้าง	๒๐๐ รายการ	๑.๐๐	๒๐๖,๖๖๖.๖๖	
๖	วัสดุไฟฟ้าและวิทยุ	๘๖ รายการ	๗๖๖.๐๐	๒๖๖,๖๖๖.๖๖	
๗	วัสดุเครื่องปรับอากาศ(สด)	๑๒๕ รายการ	๐.๐๐	๕๕๖,๖๖๖.๖๖	
๘	วัสดุเครื่องปริ้นท์(แห้ง)	๒๔ รายการ	๐.๐๐	๒๖๖,๖๖๖.๖๖	
๙	วัสดุเครื่องเขียนและของสิ้น	๔ รายการ	๐.๐๐	๗๖๖,๖๖๖.๖๖	
๑๐	วัสดุอื่น ๆ	๒๗ รายการ	๐.๐๐	๒๖๖,๖๖๖.๖๖	
๑๑	วัสดุเครื่องแต่งกาย	๖ รายการ	๑๐๐	๑๐๑,๐๐๐.๐๐	
	รวม	๖๕๕ รายการ	๑๑๒,๒๕๗.๘๘	๕,๕๕๖,๖๖๖.๖๖	

ลงชื่อ Vat เจ้าพนักงาน

(นางสาววิรัตน์ ขุฑุฑุฑ)
 ตำแหน่ง พนักงานบริการ

วันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๓

ลงชื่อ (นายสุวิทย์ พงษ์ศิริ) ผู้รับชอบและเสนอแผน

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

วันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๓

ลงชื่อ (นายปลอด วรปณี) อธิบดีแผน

(นายปลอด วรปณี)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

วันที่