



# บันทึกข้อความ

ใบสำคัญเลขที่ 114 /2564

ส่วนราชการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย โทร 0 5567 3136 - 137

ที่ สท.0032.301/ พิเศษ

วันที่ 29 ธันวาคม 2563

เรื่อง ขออนุมัติจ่าย เงินบัตรประกันสุขภาพ เพื่อจ่ายเป็นค่า วัสดุสำนักงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

โรงพยาบาลศรีสะเกษ ขออนุมัติจ่ายเงินบัตรประกันสุขภาพให้กับ ร้าน เอ็น.เอ็น ชัพพลาย จำนวนเงิน 112,385.00 บาท (หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสองพันสามร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน) ตามบันทึกขออนุมัติจัดซื้อ/จัดจ้างและใบตรวจรับพัสดุที่แนบมาพร้อมนี้ โดยอาศัยคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ 2692/2553 ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2553

ลำดับ	ประเภทพัสดุ	เลขที่เอกสาร	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
1	วัสดุสำนักงาน	002/091	112,385.00	

รวม (หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสองพันสามร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน) 112,385.00 บาท

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณา

(นายเอนก จันทรใจ)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี ชำนาญงาน รักษาการในตำแหน่ง  
นักจัดการงานทั่วไป

อนุมัติ

(นายสุทนต์ ทังศิริ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ร้าน เอ็น.เอ็น ซัพพลาย

234/136 ม.9 ต.หนองหาร อ.สันทราย จ.เชียงใหม่ 50290

โทร. 084-6146012 Fax. (053)854330

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร: 1399900067717

ชื่อลูกค้า **โรงพยาบาลศรีษะนาอ้าย**  
 ที่อยู่ **อ.ศรีษะนาอ้าย จ.สุโขทัย**  
 ติดต่อ **ฝ่ายบริหาร โทร. 055-671029**

**ใบสำคัญที่ 114/64**

**ค้นฉบับใบเสร็จรับเงิน**

วันเดือนปี	ผู้ตรวจ	ตัวแทน	เล่มที่	เลขที่
	2	NU	002	091
จำนวน	บรรจุ	รายการ	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน
47	เล่ม	สมุด Refer	65.00	3,055.00
15,400	ใบ	OPD Card (01)	1.30	20,020.00
57,500	ใบ	ใบต่อ OPD (02)	1.10	63,250.00
13,200	ใบ	ใบต่อ OPD (03)	1.10	14,520.00
4,500	ใบ	ใบรูปภาพแสดงตำแหน่งแผล OPD (04)	1.90	8,550.00
2,300	ใบ	ใบยินยอมทำหัตถการ OPD (05)	1.30	2,990.00
หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสองพันสามร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน				<b>112,385.00</b>

ร้าน เอ็น.เอ็น ซัพพลาย ได้รับเงินไว้แล้วด้วยความขอบคุณ ใบเสร็จนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีลายเซ็นของ  
 พนักงานเก็บเงิน หรือผู้รับเงินพร้อมทั้งลายเซ็นของผู้จัดการหรือพนักงานที่ได้รับการแต่งตั้ง  
 กรณีชำระเงิน โดยเช็ค โปรดส่งจ่ายและขีดคร่อมในนาม ร้าน เอ็น.เอ็น ซัพพลาย โดยเฉพาะ ทุกครั้ง

ในนาม ร้าน เอ็น.เอ็น ซัพพลาย

ชำระเงิน   
 29 / 5-0 / 2563

ใบเสร็จรับเงินนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อเช็คของท่าน  
 เรียกเก็บเงินจากธนาคารได้ครบถ้วนแล้ว

 29/12/69  
 ผู้รักษา / ผู้เก็บเงิน วันที่  
 Cashier/Collector Date

ธนาคาร/สาขา
เลขที่เช็ค
ลงวันที่
จำนวนเงิน

จัดส่งโดย..... ตรวจสอบโดย..... หมายเหตุ.....  
 Sent by Checked & Received by Remarks

สุกิตรา อินทไธ  
 ผู้จัดการ/Manager

ร้าน เอ็น.เอ็น ซัพพลาย

234/136 ม.9 ต.หนองหาร อ.สันทราย จ.เชียงใหม่ 50290

โทร. 084-6146012 Fax. (053)854330

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร: 1399900067717

ชื่อลูกค้า **โรงพยาบาลศรีษะนาถ**  
 ที่อยู่ **อ.ศรีษะนาถ อ.สุโขทัย**  
 ติดต่อ **ฝ่ายบริหาร โทร. 055-671029**

114/64

ค้นฉบับใบส่งสินค้า

ปีเดือนปี	ผู้ตรวจ	จำนวน	ผู้ตรวจ	เล่มที่	เลขที่
	1		NY	002	091
	บรรจ		รายการ	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน
	เล่ม	สมุด Refer	1. สภาพหีบห่อ <input checked="" type="checkbox"/> ดี <input type="checkbox"/> ชำรุด	65.00	3,055.00
15,400	ใบ	OPD Card (01)	2. จำนวนสินค้าที่สั่งซื้อตรงตามบิล <input checked="" type="checkbox"/> ตรง <input type="checkbox"/> ไม่ตรง <input type="checkbox"/> เกิน	1.30	20,020.00
57,500	ใบ	ใบต่อ OPD (02)	3. อายุการใช้งาน <input type="checkbox"/> < 6 เดือน <input checked="" type="checkbox"/> > 6 เดือน	1.10	63,250.00
13,200	ใบ	ใบต่อ OPD (03)	ตรวจสอบถูกต้องแล้ว	1.10	14,520.00
4,500	ใบ	ใบรูปภาพแสดงตำแหน่งแผล OPD (04)	1. _____ 2. _____ 3. _____	1.90	8,550.00
2,300	ใบ	ใบยินยอมทำหัตถการ OPD (05)	9 / 10 / 63	1.30	2,990.00
รวมยอดทั้งหมดที่บันทึกตามรายชื่อผลิตภัณฑ์ข้างต้น					112,385.00

ร้าน เอ็น.เอ็น ซัพพลาย ได้รับเงินไว้แล้วด้วยความขอบคุณ ใบเสร็จนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีลายเซ็นของพนักงานเก็บเงิน หรือผู้รับเงินพร้อมทั้งลายเซ็นของผู้จัดการหรือพนักงานที่ได้รับการแต่งตั้งกรณีชำระเงิน โดยเช็ค โปรดส่งรายละเอียดพร้อมใบมา ร้าน เอ็น.เอ็น ซัพพลาย โดยเฉพาะ ทุกครั้ง

ใบมาจากร้าน เอ็น.เอ็น ซัพพลาย

29 10 2563

ใบเสร็จรับเงินนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีลายเซ็นของพนักงานเก็บเงินหรือผู้รับเงินพร้อมทั้งลายเซ็นของผู้จัดการหรือพนักงานที่ได้รับการแต่งตั้ง

วันที่รับเงิน
เลขที่ใบ
สถานที่
จำนวนเงิน

ผู้รักษา / ผู้เก็บเงิน      วันที่  
 Cashier/Collector      Date

ส่งโดย       ได้รับโดย       หมายเหตุ \_\_\_\_\_  
 Sent by      Received by      Remarks

สุจิตรา อินทโช  
 ผู้จัดการ/Manager

ร้าน เอ็น.เอ็น ซัพพลาย

234/136 ม.9 ต.หนองหาร อ.สันทราย จ.เชียงใหม่ 50290

โทร. 084-6146012 Fax. (053)854330

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร: 1399900067717

ชื่อลูกค้า **โรงพยาบาลศรีษะนาลัย**  
 ที่อยู่ **อ.ศรีษะนาลัย จ.สุโขทัย**  
 ติดต่อ ฝ่ายบริหาร โทร. 055-671029

ค้นฉบับใบส่งสินค้า

วันเดือนปี	ผู้ตรวจ	ตัวแทน	เล่มที่	เลขที่
	2	NU	002	091
จำนวน	บรรจุ	รายการ	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน
47	เต็ม	สมุด Refer	65.00	3,055.00
15,400	ใบ	OPD Card (01)	1.30	20,020.00
57,500	ใบ	ใบต่อ OPD (02)	1.10	63,250.00
13,200	ใบ	ใบต่อ OPD (03)	1.10	14,520.00
4,500	ใบ	ใบรูปภาพแสดงตำแหน่งแผล OPD (04)	1.90	8,550.00
2,300	ใบ	ใบยินยอมทำหัตถการ OPD (05)	1.30	2,990.00
หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสองพันสามร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน				112,385.00

ร้าน เอ็น.เอ็น ซัพพลาย ได้รับเงินไว้แล้วด้วยความขอบคุณ ใบเสร็จนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีลายเซ็นของพนักงานเก็บเงิน หรือผู้รับเงินพร้อมทั้งลายเซ็นของผู้จัดการหรือพนักงานที่ได้รับการแต่งตั้ง กรณีชำระเงินโดยเช็ค โปรดส่งจ่ายและปิดคร่อมในนาม ร้าน เอ็น.เอ็น ซัพพลาย โดยเฉพาะ ทุกครั้ง

ในนาม ร้าน เอ็น.เอ็น ซัพพลาย

ใบเสร็จรับเงินนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อเช็คของท่านเรียกเก็บเงินจากรธนาคารได้ครบถ้วนแล้ว

ธนาคาร/สาขา	.
เลขที่เช็ค	
ลงวันที่	
จำนวนเงิน	

ผู้รักษ / ผู้เก็บเงิน  
Cashier/Collector

วันที่  
Date

จัดส่งโดย.....  
Sent by

ตรวจรับโดย.....  
Checked & Received by

หมายเหตุ.....  
Remarks

สุกิตรา อินทุโส  
ผู้จัดการ/Manager

ร้าน เอ็น.เอ็น ซัพพลาย

234/136 ม.9 ต.หนองหาร อ.สันทราย จ.เชียงใหม่ 50290

โทร. 084-6146012 Fax. (053)854330

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร: 1399900067717

ชื่อลูกค้า **โรงพยาบาลศรีษะนาถ**  
 ที่อยู่ **อ.ศรีษะนาถ จ.สุโขทัย**  
 ติดต่อ ฝ่ายบริหาร โทร. 055-671029

ค้นฉบับใบส่งสินค้า

วันเดือนปี	ผู้ตรวจ	ตัวแทน	เล่มที่	เลขที่
	2	NU	002	091
จำนวน	บรรจุ	รายการ	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน
47	เล่ม	สมุด Refer	65.00	3,055.00
15,400	ใบ	OPD Card (01)	1.30	20,020.00
57,500	ใบ	ใบต่อ OPD (02)	1.10	63,250.00
13,200	ใบ	ใบต่อ OPD (03)	1.10	14,520.00
4,500	ใบ	ใบรูปภาพแสดงตำแหน่งแผล OPD (04)	1.90	8,550.00
2,300	ใบ	ใบยินยอมทำหัตถการ OPD (05)	1.30	2,990.00
หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสองพันสามร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน				112,385.00

ร้าน เอ็น.เอ็น ซัพพลาย ได้รับเงินไว้แล้วด้วยความขอบคุณ ใบเสร็จนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีลายเซ็นของพนักงานเก็บเงิน หรือผู้รับเงินพร้อมทั้งลายเซ็นของผู้จัดการหรือพนักงานที่ได้รับการแต่งตั้ง กรณีชำระเงิน โดยเช็ค โปรดส่งจ่ายและขีดคร่อมในนาม ร้าน เอ็น.เอ็น ซัพพลาย โดยเฉพาะ ทุกครั้ง

ในนาม ร้าน เอ็น.เอ็น ซัพพลาย

ใบเสร็จรับเงินนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อเช็คของท่านเรียกเก็บเงินจากธนาคารได้ครบถ้วนแล้ว

ธนาคาร/สาขา	.
เลขที่เช็ค	
ลงวันที่	
จำนวนเงิน	

ผู้รักษา / ผู้เก็บเงิน

วันที่

Cashier/Collector

Date

จัดส่งโดย *My* ..... ตรวจสอบโดย *V/W* ..... หมายเหตุ.....

Sent by

Checked & Received by

Remarks

สุภิตรา อินทุโส

ผู้จัดการ/Manager



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่มงานบริหารทั่วไป อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย

ที่ สท ๐๐๓๒.๓๐๑ /๒๐๓

วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอส่งเอกสารเพื่อเบิกจ่ายเงิน

เรียน หัวหน้าเจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี

งานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป

โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย

ได้ซื้อ วัสดุสำนักงาน

จำนวน ๖ รายการ โดยวิธี เฉพาะเจาะจง

ด้วย เงินบำรุง โรงพยาบาลศรีสะเกษ

กับ ร้าน N.N ซัพพลาย

เป็นเงินทั้งสิ้น ๑๑๒,๓๘๕.๐๐ บาท (หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสองพันสามร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน)

ซึ่งเป็นราคาไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม ตามรายงาน ขอซื้อ ที่ สท ๐๐๓๒.๓๐๑ /๖๔๐๐๐๒๔๖

ลงวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ และใบสั่งซื้อ เลขที่ ๑๔๕ ลงวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ผู้ตรวจรับได้ตรวจรับของถูกต้องแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการเบิกจ่ายเงินให้ต่อไป

  
นางสาวจิริรัตน์ พุ่มชุ่ม  
เจ้าหน้าที่



# ใบตรวจรับการจัดซื้อ

วันที่ ๐๙ ธันวาคม ๒๕๖๓

ตามหนังสือสัญญาเลขที่ ๑๔๕ ลงวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ โรงพยาบาลศรีสังขาลย์ ได้ตกลงซื้อ  
กับ ร้าน N.N ซัพพลาย สำหรับโครงการจัดซื้อ วัสดุสำนักงาน  
โดยวิธี เฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๑๒,๓๘๕.๐๐ บาท (หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสองพันสามร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน)  
คณะกรรมการตรวจรับ ได้ตรวจรับงานแล้ว ตาม ใบส่งสินค้า เลขที่ ๐๐๒/๐๙๑ ผลปรากฏว่า  
ผลการตรวจรับ

ถูกต้อง

- ครบถ้วนตามสัญญา  
 ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

ค่าปรับ

- มีค่าปรับ  
 ไม่มีค่าปรับ

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ

นางสาววิรัชญา ตาดาศ

ลงชื่อ.....กรรมการ

นางขวัญหล้า ชูบเลี้ยง

ลงชื่อ.....กรรมการ

นางศุภกัญญา คำแพง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย

- เพื่อโปรดทราบผลการตรวจรับพัสดุ

ผู้ตรวจรับพัสดุได้ตรวจรับและส่งมอบพัสดุให้เจ้าหน้าที่พัสดุและลงบัญชีพัสดุเรียบร้อยแล้ว  
จึงเรียนมาเพื่อโปรดลงนามรับทราบ

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

นางสาวจรรีรัตน์ พุ่มขุ่ม

- ตรวจสอบแล้วถูกต้อง

ลงชื่อ.....หัวหน้าเจ้าหน้าที่

นางสาวมณฑกานต์ นามแก้ว

ทราบ

นายสุหนต์ ทั้งศิริ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสังขาลย์  
ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย

หมายเหตุ : เลขที่โครงการ ๖๓๑๒๗๑๘๗๐๑๘

เลขที่สัญญา ๖๓๑๒๑๔๑๔๑๖๖๕

เลขที่คุมตรวจรับ ๖๓๑๒A๑๑๘๓๔๕๘

# ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง ร้าน N.N ซัพพลาย  
ที่อยู่ ๒๓๔/๑๓๖ ม.๙ ต.หนองหาร อ.สันทราย จ.เชียงใหม่ ๕๐๒๑๐

โทรศัพท์ ๐๘๔-๖๑๔๖๐๑๒

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๑๓๙๙๙๐๐๐๖๗๗๑๗

เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร - ชื่อบัญชี - ธนาคาร

ตามที่ ร้าน N.N ซัพพลาย

ตามรายการดังต่อไปนี้

ใบสั่งซื้อ เลขที่ ๑๔๕/๒๕๖๔

วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ส่วนราชการ โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย

ที่อยู่ ม.๓ ต.หาดเสี้ยว อ.ศรีสัชชนาลัย จ.สุโขทัย ๖๔๑๓๐

โทรศัพท์ ๐๕๕-๖๗๓๑๓๖-๗

ได้เสนอราคา ไว้ต่อโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	สมุด Refer	๔๗.๐๐	เล่ม	๖๕.๐๐	๓,๐๕๕.๐๐
๒	OPD Card(๐๑)	๑๕,๔๐๐.๐๐	ใบ	๑.๓๐	๒๐,๐๒๐.๐๐
๓	ใบต่อ OPD(๐๒)	๕๗,๕๐๐.๐๐	ใบ	๑.๑๐	๖๓,๒๕๐.๐๐
๔	ใบต่อ OPD(๐๓)	๑๓,๒๐๐.๐๐	โหล	๑.๑๐	๑๔,๕๒๐.๐๐
๕	ใบรูปภาพแสดงตำแหน่งแผล OPD(๐๔)	๔,๕๐๐.๐๐	ใบ	๑.๙๐	๘,๕๕๐.๐๐
๖	ใบยินยอมทำหัตถการ OPD(๐๕)	๒,๓๐๐.๐๐	ใบ	๑.๓๐	๒,๙๙๐.๐๐
				มูลค่าสินค้า	๑๑๒,๓๘๕.๐๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๐.๐๐
(หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสองพันสามร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๑๒,๓๘๕.๐๐

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

๑. กำหนดส่งมอบภายใน ๑๕ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง ได้รับใบสั่งซื้อ

๒. ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๓

๓. สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย ม.๓ ต.หาดเสี้ยว อ.ศรีสัชชนาลัย จ.สุโขทัย ๖๔๑๓๐

๔. ระยะเวลาประกัน - วัน

๕. สวัสดิการค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด

- โดยคิดค่าปรับในการซื้อเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒ บาท

- ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบแต่จะต้องไม่ต่ำกว่า วันละ ๑๐๐ บาท

๖. ส่วนราชการสวัสดิการจะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ

กรณีนี้ผู้ขาย/ผู้รับจ้างจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตาม ใบสั่งซื้อ ทุกประการ

๗. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ



หมายเหตุ

๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อ มีผลตามกฎหมาย
๒. ใบสั่งซื้อ นี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๓๑๒๗๑๘๗๐๑๘ ชื่อ วัสดุสำนักงาน  
โดยวิธี เฉพาะเจาะจง ตามประกาศจังหวัดสุโขทัย ลงวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ลงชื่อ..........ผู้สั่งซื้อ

นางสาวมณฑกานต์ นามแก้ว  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่  
๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ลงชื่อ..........ผู้รับใบสั่งซื้อ

๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เลขที่โครงการ ๖๓๑๒๗๑๘๗๐๑๘

เลขที่คুমสัญญา ๖๓๑๒๑๔๑๔๑๖๖๕

# ใบเสนอราคา

เขียนที่ ๒๓๔/๑๓๖ ม.๙ ต.หนองหาร อ.สัน  
ทราย จ.เชียงใหม่ ๕๐๒๑๐

วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง ซื้อ วัสดุสำนักงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสันกาลัย

ตามที่ โรงพยาบาลศรีสันกาลัย ได้ ซื้อ วัสดุสำนักงาน

ข้าพเจ้า ร้าน N.N ซัพพลาย ขอเสนอราคาการซื้อ วัสดุสำนักงาน

ดังรายการดังต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาหน่วยละ	จำนวนเงิน
๑	สมุด Refer	๔๗.๐๐	เล่ม	๖๕.๐๐	๓,๐๕๕.๐๐
๒	OPD Card(๐๑)	๑๕,๔๐๐.๐๐	ใบ	๑.๓๐	๒๐,๐๒๐.๐๐
๓	ใบต่อ OPD(๐๒)	๕๗,๕๐๐.๐๐	ใบ	๑.๑๐	๖๓,๒๕๐.๐๐
๔	ใบต่อ OPD(๐๓)	๑๓,๒๐๐.๐๐	โหล	๑.๑๐	๑๔,๕๒๐.๐๐
๕	ใบรูปภาพแสดงตำแหน่งแผล OPD(๐๔)	๔,๕๐๐.๐๐	ใบ	๑.๙๐	๘,๕๕๐.๐๐
๖	ใบยินยอมทำหัตถการ OPD(๐๕)	๒,๓๐๐.๐๐	ใบ	๑.๓๐	๒,๙๙๐.๐๐
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น					๑๑๒,๓๘๕.๐๐

ข้าพเจ้า ร้าน N.N ซัพพลาย  
ระยะเวลารับประกัน - วัน

ขอยื่นราคาตามรายการข้างต้นเป็นระยะเวลา ๑๕ วันทำการ

ลงชื่อ..... สุวิภา อึ้งไฉ .....

( ..... )

ผู้เสนอราคา



ประกาศจังหวัดสุโขทัย  
เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อ วัสดุสำนักงาน  
โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ด้วย จังหวัดสุโขทัย โดยโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย ได้มีโครงการซื้อ วัสดุสำนักงาน  
โดยวิธี เฉพาะเจาะจง นั้น  
ชื่อ วัสดุสำนักงาน จำนวน ๖ รายการ ผู้ได้รับคัดเลือก ได้แก่  
ร้าน N.N ซัพพลาย โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๑๑๒,๓๘๕.๐๐ บาท  
(หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสองพันสามร้อยแปดสิบบห้าบาทถ้วน) ไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน  
และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

นายสุทนต์ ทังศิริ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย  
ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย



# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย กลุ่ม งานบริหารทั่วไป อำเภอศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

ที่ สท ๐๐๓๒.๓๐๑ /๑๔๔

วันที่ ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่ง ชื่อ วัสดุสำนักงาน

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย

ขอรายงานผลการพิจารณาการจัด ชื่อ วัสดุสำนักงาน

โดยวิธี เฉพาะเจาะจง ดังนี้

ลำดับ	รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาที่เสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
๑	สมุด Refer	ร้าน N.N ซัพพลาย	๓,๐๕๕.๐๐	๓,๐๕๕.๐๐
๒	OPD Card(๐๑)	ร้าน N.N ซัพพลาย	๒๐,๐๒๐.๐๐	๒๐,๐๒๐.๐๐
๓	ใบต่อ OPD(๐๒)	ร้าน N.N ซัพพลาย	๖๓,๒๕๐.๐๐	๖๓,๒๕๐.๐๐
๔	ใบต่อ OPD(๐๓)	ร้าน N.N ซัพพลาย	๑๔,๕๒๐.๐๐	๑๔,๕๒๐.๐๐
๕	ใบรูปภาพแสดงตำแหน่งแผล OPD(๐๔)	ร้าน N.N ซัพพลาย	๘,๕๕๐.๐๐	๘,๕๕๐.๐๐
๖	ใบยินยอมทำหัตถการ OPD(๐๕)	ร้าน N.N ซัพพลาย	๒,๙๙๐.๐๐	๒,๙๙๐.๐๐
รวม	๖ รายการ		รวม	๑๑๒,๓๘๕.๐๐

\*ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

เกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา  
โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัยพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อ จากผู้เสนอราคาดังกล่าว  
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อ จากผู้เสนอราคาดังกล่าว

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย  
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

๖ รายการ ๑๑๒,๓๘๕.๐๐ บาท

นางสาวมณฑกานต์ นามแก้ว  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

นางสาวจุรีรัตน์ พุ่มขุ่ม  
เจ้าหน้าที่

อนุมัติ  
นายสุทนต์ ทังศิริ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย  
ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อ ทุกวิธีของหน่วยงาน  
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์  
ของหัวหน้า เจ้าหน้าที่ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า นางสาวมณฑกานต์ นามแก้ว (หัวหน้าเจ้าหน้าที่)  
ข้าพเจ้า นางสาวจूरีรัตน์ พุ่มชุ่ม (เจ้าหน้าที่)  
ข้าพเจ้า นางสาววิรัชฎา ดาดาช (ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ)  
ข้าพเจ้า นางขวัญหล้า ชุบเลี้ยง (กรรมการตรวจรับพัสดุ)  
ข้าพเจ้า นางสุกัญญา คำแพง (กรรมการตรวจรับพัสดุ)

ขอให้รับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อมหรือผลประโยชน์ใด ๆ  
ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะการประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้า  
มามีนิติสัมพันธ์และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส  
สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ทุกเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัด  
กระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะ  
การประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม.....  
นางสาวมณฑกานต์ นามแก้ว

ลงนาม.....  
นางสาวจूरีรัตน์ พุ่มชุ่ม

ลงนาม.....  
นางสาววิรัชฎา ดาดาช

ลงนาม.....  
นางขวัญหล้า ชุบเลี้ยง

ลงนาม.....  
นางสุกัญญา คำแพง

ขอบเขตของงานหรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ  
โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดสุรินทร์  
ชื่อ วัสดุสำนักงาน เลขที่ ๑๔๔/๒๕๖๑  
ลงวันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ลำดับที่	รายการพัสดุที่จัดซื้อ/จัดจ้าง	รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ	จำนวน	หน่วยนับ
๑	สมุด Refer	สมุด Refer เอกสารที่ใช้ส่งผ่านข้อมูลของผู้ป่วย ไม่ว่าจะ เป็น ข้อมูลผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย ลักษณะการเจ็บป่วยในครั้ง นี้ ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ผลถึง ปัจจุบัน	๔๗.๐๐	เล่ม
๒	OPD Card(๐๑)	OPD Card(๐๑) ใบสีบด้น คั่นสะดวก ตรวจสอบได้ง่าย ไปได้ ทั่วโรงพยาบาล เพียงแค่บัตรใบเดียว. สรุปลผลงานโดยย่อ	๑๕,๔๐๐.๐๐	ใบ
๓	ใบต่อ OPD(๐๒)	ใบต่อ OPD(๐๒)	๕๗,๕๐๐.๐๐	ใบ
๔	ใบต่อ OPD(๐๓)	ใบต่อ OPD(๐๓)	๑๓,๒๐๐.๐๐	โหล
๕	ใบรูปภาพแสดงตำแหน่งแผล OPD(๐๔)	ใบรูปภาพแสดงตำแหน่งแผล OPD(๐๔)	๔,๕๐๐.๐๐	ใบ
๖	ใบยินยอมทำหัตถการ OPD(๐๕)	ใบยินยอมทำหัตถการ OPD(๐๕)	๒,๓๐๐.๐๐	ใบ

ลงชื่อ .....  ผู้จัดทำ

นางสาวจุรีรัตน์ พุ่มชุ่ม  
เจ้าหน้าที่



คำสั่งจังหวัดสุโขทัย  
ที่ ๑๔๓/๒๕๖๔  
เรื่อง แต่งตั้ง คณะกรรมการตรวจรับพัสดุสำหรับการซื้อ วัสดุสำนักงาน  
โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ด้วย จังหวัดสุโขทัย โดยโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย มีความประสงค์จะซื้อ วัสดุสำนักงาน โดยวิธี เฉพาะเจาะจง และเพื่อให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ จึงขอแต่งตั้งรายชื่อต่อไปนี้เป็น คณะกรรมการตรวจรับพัสดุสำหรับการซื้อ วัสดุสำนักงาน โดยวิธี เฉพาะเจาะจง

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

๑ นางสาววิรัชญา ดาดาช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ประธานกรรมการ
๒ นางขวัญหล้า ชูบเลี้ยง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๓ นางสุกัญญา คำแปง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ

อำนาจและหน้าที่  
ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

สั่ง ณ วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

นายสุหนต์ ทังศิริ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย  
ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย





# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย กลุ่มงานบริหารทั่วไป

อำเภอศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย

ที่ สท ๐๐๓๒.๓๐๑ /๖๔๐๐๐๒๔๖

วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานขอ ซื้อ วัสดุสำนักงาน

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย

ด้วย โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย อำเภอศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย มีความประสงค์จะ

ซื้อ วัสดุสำนักงาน โดยวิธี เฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังรายการต่อไปนี้

๑. เหตุผลและความจำเป็นที่ต้อง ซื้อ เพื่อทดแทนพัสดุที่สิ้นเปลืองหมดไป
๒. รายละเอียดของพัสดุ

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	ราคารวม (บาท)
๑	สมุด Refer	๔๗.๐๐	เล่ม	๖๕.๐๐	๓,๐๕๕.๐๐
๒	OPD Card(๐๑)	๑๕,๔๐๐.๐๐	ใบ	๑.๓๐	๒๐,๐๒๐.๐๐
๓	ใบต่อ OPD(๐๒)	๕๗,๕๐๐.๐๐	ใบ	๑.๑๐	๖๓,๒๕๐.๐๐
๔	ใบต่อ OPD(๐๓)	๑๓,๒๐๐.๐๐	โหล	๑.๑๐	๑๔,๕๒๐.๐๐
๕	ใบรูปภาพแสดงตำแหน่งแผล OPD(๐๔)	๔,๕๐๐.๐๐	ใบ	๑.๙๐	๘,๕๕๐.๐๐
๖	ใบยินยอมทำหัตถการ OPD(๐๕)	๒,๓๐๐.๐๐	ใบ	๑.๓๐	๒,๙๙๐.๐๐
(หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสองพันสามร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน)					๑๑๒,๓๘๕.๐๐

๓. ราคาากลางและรายละเอียดของราคาากลาง

ราคาที่ได้มาจากการสืบราคาจากท้องตลาด ตามใบเสนอราคาจากร้าน เอ็น.เอ็น ซัพพลาย จำนวน ๑๑๒,๓๘๕.๐๐ บาท (หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสองพันสามร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะ ซื้อ

เงินบำรุง โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย

จำนวน ๑๑๒,๓๘๕.๐๐ บาท (หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสองพันสามร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้นหรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

กำหนดระยะเวลาส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๑๕ วันทำการ นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้อง ซื้อ

ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจง เนื่องจาก การจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย

ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท (ห้าแสนบาทถ้วน)

ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่างๆ

- |                          |                       |               |
|--------------------------|-----------------------|---------------|
| ๑. นางสาววิรัชญา ดาดาศ   | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | ประธานกรรมการ |
| ๒. นางขวัญหล้า ชูบเลี้ยง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการ       |
| ๓. นางสุกัญญา คำแปง      | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ | กรรมการ       |

๙. ข้อกฎหมาย


อำนาจในการลงนามเป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ ตามคำสั่งจังหวัดสุโขทัย ที่ ๒๙๒๙/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒ พฤศจิกายน 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. ลงนามในคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย  
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

๖ รายการ ๑๑๒,๓๘๕.๐๐ บาท

  
นางสาวมณฑาทันต์ นามแก้ว  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

  
นางสาวจวีรัตน์ พุ่มชุ่ม  
เจ้าหน้าที่

  
นายสุทนต์ ทังศิริ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ  
ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุโขทัย



# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ กลุ่ม งานบริหารทั่วไป อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย

ที่ สท ๐๐๓๒.๓๐๑ /๑๔๔

วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติ ซื้อ วัสดุสำนักงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

ด้วย กลุ่ม งานบริหารทั่วไป มีความประสงค์จะขอซื้อ ชื่อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน/หน่วยนับ	ราคาต่อหน่วย	ราคาเดิม /อ้างอิง	จำนวนเงิน
๑	สมุด Refer	๔๗.๐๐ เล่ม	๖๕.๐๐	.๐๐	๓,๐๕๕.๐๐
๒	OPD Card(๐๑)	๑๕,๔๐๐.๐๐ ใบ	๑.๓๐	.๐๐	๒๐,๐๒๐.๐๐
๓	ใบต่อ OPD(๐๒)	๕๗,๕๐๐.๐๐ ใบ	๑.๑๐	.๐๐	๖๓,๒๕๐.๐๐
๔	ใบต่อ OPD(๐๓)	๑๓,๒๐๐.๐๐ โทล	๑.๑๐	.๐๐	๑๔,๕๒๐.๐๐
๕	ใบรูปภาพแสดงตำแหน่งแผล OPD(๐๔)	๔,๕๐๐.๐๐ ใบ	๑.๙๐	.๐๐	๘,๕๕๐.๐๐
๖	ใบยินยอมทำหัตถการ OPD(๐๕)	๒,๓๐๐.๐๐ ใบ	๑.๓๐	.๐๐	๒,๙๙๐.๐๐
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น					๑๑๒,๓๘๕.๐๐

รวม ๖ รายการ

(หนึ่งแสนหนึ่งหมื่นสองพันสามร้อยแปดสิบห้าบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....ผู้ขอซื้อ

นางสาวจุรีรัตน์ พุ่มชุม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

เห็นควรอนุมัติ

๖ รายการ ๑๑๒,๓๘๕.๐๐ บาท

ลงชื่อ.....หัวหน้ากลุ่มงาน

นายเอนก จันทร์แจ

นางสาวสมทกานต์ นามแก้ว  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ

นายสุทนต์ ทังศิริ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ