

วันที่จ่ายเงิน 16 ก.พ. 2564

เลขที่ใบสำคัญ 20561/64

เลขที่ภาษี 541/64

หลักฐานการจ่ายเงิน

ผู้รับเงิน บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด

| ลำดับ | วันที่    | จำนวนเงิน | เลขที่ใบส่งของ | รายการ        |
|-------|-----------|-----------|----------------|---------------|
| 1     | 9 ธ.ค. 63 | 56,000.00 | IV6300584      | วัสดุการแพทย์ |
| 2     | 9 พ.ย. 63 | 48,400.00 | IV6300406      | วัสดุการแพทย์ |

จ่ายแล้ว



(นางสิริพร เสวตศิลป์)

นักวิชาการเงินและบัญชี

16 ก.พ. 2564

|     |   |                   |                |
|-----|---|-------------------|----------------|
| รวม | 2 | รายการ            |                |
|     |   | ราคาสินค้า        | 97,570.09 บาท  |
|     |   | ภาษีมูลค่าเพิ่ม   | 6,829.91 บาท   |
|     |   | ราคาสุทธิ         | 104,400.00 บาท |
|     |   | ภาษีหัก ณ ที่จ่าย | 975.70 บาท     |
|     |   | รวมจ่ายตามเช็ค    | 103,424.30 บาท |

ตัวอักษร หนึ่งแสนสามพันสี่ร้อยยี่สิบสี่บาทสามสิบสตางค์

โดยเบิกจ่ายเงินจากบัญชี

- ☐ เงินบำรุงโรงพยาบาลวิภาวดี/รทส/วิภาวดี 01-769-2-00095-8 เลขที่เช็ค.....
- ☐ เงินอุดหนุนสร้างหลักประกันสุขภาพ/รทส/วิภาวดี 01-769-2-00153-6 เลขที่เช็ค.....
- ☒ เงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ/รทส/วิภาวดี 01-769-2-00152-4 เลขที่เช็ค 42614654
- ☐ โรงพยาบาลวิภาวดี /ร.กรุงเทพ/ท่าฉาง 831-1-167850 เลขที่เช็ค.....

ผู้จ่ายเงิน

ลงชื่อ.....

(นางสิริพร เสวตศิลป์)

นักวิชาการเงินและบัญชี



## บันทึกข้อความ

วช/ภค  
๑๕ ก.พ. ๒๕๖๕

ส่วนราชการ โรงพยาบาลวิภาวดี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ที่ สฎ 0032.301/...0455

วันที่ 28 ธันวาคม 2563

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน

☒ เงินบำรุง UC

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี

ด้วยงานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป ได้รับเอกสารการจัดซื้อจัดจ้าง จากกลุ่มการพยาบาล ตามรายการต่อไปนี้

บริษัท นิชูกี เมดิคอล จำกัด

| ลำดับที่                 | วันที่    | จำนวนเงิน     | เลขที่ใบส่งของ | รายการ        |
|--------------------------|-----------|---------------|----------------|---------------|
| 1                        | 9 ธ.ค. 63 | 56,000.00     | IV6300584      | วัสดุการแพทย์ |
| 2                        |           |               |                |               |
| 3                        |           |               |                |               |
| 4                        |           |               |                |               |
| 5                        |           |               |                |               |
| รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น |           | 56,000.00 บาท |                |               |

(ตัวอักษร) ห้าหมื่นหกพันบาทถ้วน

บัดนี้ งานการเงินและบัญชี ได้ตรวจสอบเอกสารต่าง ๆ แล้ว ปรากฏว่า ถูกต้อง ครบถ้วน เห็นสมควร ให้อนุมัติเบิกจ่ายจากเงินบำรุงโรงพยาบาลวิภาวดีได้

ลงชื่อ.....

(นางสิริพร เศวตศิลป์)

นักวิชาการเงินและบัญชี

อนุมัติจ่าย

ลงชื่อ.....

(นายรุ่งโรจน์ ทรัพย์สุนทร)

นายแพทย์ชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลวิภาวดี

ลงชื่อ.....

(นายสุทธาวัดน์ พรสุขนิมิตกุล)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลวิภาวดี ตำบลตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ที่ สฎ 0032.301/ 154

วันที่ 14 ธันวาคม 2563

เรื่อง รายงานการจัดซื้อ/จ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี (โดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดีปฏิบัติราชการแทน)

ตามบันทึกอนุมัติจัดซื้อ/จ้างพัสดุ ที่ สฎ 0032.301/ 124 ลงวันที่ 3 ธันวาคม 2563

ได้ขออนุมัติจัดซื้อ/จ้าง จำนวน 1 รายการ และได้แต่งตั้งข้าพเจ้าผู้มีนามข้างท้ายนี้เป็นผู้ตรวจรับพัสดุ / งานจ้างหรือคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ตรวจการจ้าง ของโรงพยาบาลวิภาวดี นั้น

บัดนี้ ข้าพเจ้าผู้ได้รับการแต่งตั้ง ได้ตรวจรับการดำเนินการจัดซื้อ/จ้างพัสดุดังกล่าว เสร็จสิ้นลงแล้ว โดยได้จัดซื้อ/จ้างพัสดุ จาก

1 บริษัท นิชุกี เมดิคอล จำกัด ตามใบส่งของเล่มที่ เลขที่ IV6300584  
ลงวันที่ 9 ธันวาคม 2563 เป็นจำนวนเงิน 56,000.00 บาท (ห้าหมื่นหกพันบาทถ้วน)

จำนวน 1 รายการ เป็นเงินทั้งสิ้น 56,000.00 บาท (ห้าหมื่นหกพันบาทถ้วน)

ซึ่งได้รับพัสดุจากบริษัทเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม 2563 และผู้ตรวจรับพัสดุ หรือคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ได้ตรวจรับเรียบร้อยแล้วในวันที่ 9 ธันวาคม 2563 พบว่าพัสดุนั้นครบถ้วนถูกต้อง และมีสภาพดี

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ประธานกรรมการ/จนท.ตรวจรับพัสดุ

(นางสาวขวัญใจ ไกรสินธุ์)

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

(นางสาวรสสุคนธ์ ทองบุญชู)

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ กรรมการ

(นายธวัชชัย พลราม)

ข้าพเจ้าได้รับมอบพัสดุ ดังรายการดังกล่าวข้างต้นแล้ว จึงเห็นสมควรอนุมัติให้เบิก-จ่ายแก่เจ้าหน้าที่ดังกล่าวต่อไป

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ เจ้าหน้าที่

(นางสุวรรณี พรหมวิเศษ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายสุทธวัฒน์ พรสุขนิมิตกุล)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_

(นายรุ่งโรจน์ ทรัพย์สุนทร)

นายแพทย์ชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลวิภาวดี

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

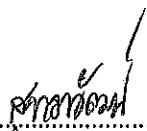
แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน  
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์  
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

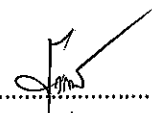
โครงการซื้อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๑ รายการ จำนวนเงิน ๕๖,๐๐๐.๐๐ บาท (ห้าหมื่นหกพันบาทถ้วน)

ข้าพเจ้า.....นายสุทธาวัดน์ พรสุขนิมิตกุล.....(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)  
ข้าพเจ้า.....นางสุวรรณี พรหมวิเศษ.....(เจ้าหน้าที่)  
ข้าพเจ้า.....นางสาวขวัญใจ ไกรสินธุ์.....(ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ)  
ข้าพเจ้า.....นางสาวรสสุคนธ์ ทองบุญชู.....(กรรมการตรวจรับพัสดุ)  
ข้าพเจ้า.....นายธวัชชัย พลราม.....(กรรมการตรวจรับพัสดุ)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึกด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

  
.....  
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

  
.....  
(เจ้าหน้าที่)

  
.....  
(ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ)

  
.....  
(กรรมการตรวจรับพัสดุ)

  
.....  
(กรรมการตรวจรับพัสดุ)

หมายเหตุ หากเพิ่มเติมคณะกรรมการสามารถดำเนินการภายใต้แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจ ฯ นี้ได้โดยอนุโลม

## ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

วันที่ ๙ ธันวาคม ๒๕๖๓

ตาม ใบสั่งซื้อสั่งจ้าง เลขที่ ๑๑๕/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ โรงพยาบาลวิภาวดี  
ได้ตกลง ซื้อ กับ บริษัท นิชูกี เมดิคอล จำกัด สำหรับโครงการ ซื้อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๑ รายการ โดยวิธี  
เฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๕๖,๐๐๐.๐๐ บาท (ห้าหมื่นหกพันบาทถ้วน)

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏ ดังนี้

### ๑. ผลการตรวจรับ

- ☒ ถูกต้อง  
☒ ครบถ้วนตามสัญญา  
☐ ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

### ๒. ค่าปรับ

- ☐ มีค่าปรับ  
☒ ไม่มีค่าปรับ

### ๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๕๖,๐๐๐.๐๐ บาท

(ลงชื่อ).....*พ.*.....ประธานกรรมการฯ  
(นางสาวขวัญใจ ไกรสินธุ์)

(ลงชื่อ).....*ณ.ก.*.....กรรมการ  
(นางสาวรสสุคนธ์ ทองบุญชู)

(ลงชื่อ).....*อ.ว.ช.*.....กรรมการ  
(นายวัชชัย พลราม)

หมายเหตุ : เลขที่โครงการ๖๓๑๒๗๑๒๔๕๖๕

เลขคู่มือสัญญา ๖๓๑๒๑๔๔๘๓๐๕๐

เลขคู่มือตรวจรับ ๖๓๑๒A๑๒๔๕๓๔๒

บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด  
NISUKI MEDICAL CO., LTD.

90 ซอยบางนา-ตราด 19 แขวงบางนาเหนือ เขตบางนา กรุงเทพฯ 10260  
90 Soi Bangna-Trad 19 Bangna-Nue, Bangna, Bangkok 10260  
Tel. 0-2747-4420-4 Fax : 0-2399-5376 e-mail : nisukimedical@gmail.com

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105562100729 (สำนักงานใหญ่)

ใบเสร็จรับเงิน/Receipt  
(ใบใช้ใบกำกับภาษี)  
(ต้นฉบับ)

เอกสารแนบเป็นชุด

ชื่อลูกค้า  
Name  
โรงพยาบาลวิภาวดี  
172 ม.4 ต.ตะกุกเหนือ อ.วิภาวดี  
ที่อยู่  
Address  
จ.สุราษฎร์ธานี  
84370  
โทร.080-717-6780  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000568134 สำนักงานใหญ่

เลขที่  
No.  
ใบสั่งซื้อ  
Order No.  
รหัสลูกค้า  
Customer No. V082  
วันที่  
Date  
16 ก.พ. 2564  
วันที่  
Date  
S-13-04-แพทยะพิศ (เครื่องมือแพทย์)  
กำหนดชำระ  
Term of Payment  
วันที่  
Date  
Salesman No. S06300587  
ใบสั่งขาย  
Due Date  
วันครบกำหนดจ่าย

| พิกัดสินค้า<br>Product Code                                                                                       | รายละเอียด<br>Description | หน่วย<br>Unit | จำนวน<br>Quantity | หน่วยละ<br>Unit Price | จำนวน<br>Amount | รวม<br>Total |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------|-------------------|-----------------------|-----------------|--------------|
| 1 00002                                                                                                           | ถุงมือชนิดนิ่มแข็ง ไซส์ S | กล่อง         | 400.00            | 140.000               |                 | 56,000.00    |
| **การรับประกันสินค้าเสียหายหรือจำนวน ไม่ครบ โปรดติดต่อ Tel. (02)747-4420-4 ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ได้รับสินค้า** |                           |               |                   |                       |                 |              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------|
| (ห้ามนักพนักงานยืม)                                                                                                                                                                                                                                                                                         | รวมราคาสินค้า<br>Total Sales | 52,336.45 |
| ชำระโดย<br><input type="checkbox"/> เงินสด / Cash<br><input type="checkbox"/> เช็ค / Cheque ธนาคาร/สาขา..... เลขที่.....<br>ลงวันที่..... จำนวนเงิน..... บาท<br>เงินโอน / TR ชื่อบัญชี บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด<br><input type="checkbox"/> ธนาคารไทย / สาขามหาสารคาม 9 บัญชี กระแสเงินสด #067-8-54427-2 | ภาษีมูลค่าเพิ่ม<br>VAT 7%    | 3,663.55  |
| หมายเหตุ : เมื่อโอนเงินแล้วกรุณาฝากเช็คใบโอนเงินเพื่อเป็นหลักฐานยืนยันการชำระเงิน ที่ Fax : 02-399-5376 หรือ<br>ติดต่อโดยตรงที่ ฝ่ายการเงิน 02-747-4420-4                                                                                                                                                   | รวมเป็นเงินทั้งสิ้น<br>Total | 56,000.00 |

เงื่อนไขการชำระเงิน :  
๑ กรุณาลงจ่ายเช็คชดเชยในนาม “บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด” เท่านั้น บริษัทฯ จะไม่รับผิดชอบถึงความผิดพลาดอันเกิดจากการชำระหนี้ด้วยเงินสด หรือเช็คเงินสด  
๑ สำหรับยอดหนี้ที่ค้างชำระหลังจากครบกำหนดเวลา บริษัทฯ จะคิดอัตราดอกเบี้ยร้อยละ 1.5 ต่อเดือน

๑ การชำระเงินด้วยเช็คจะสมบูรณ์ได้เมื่อบริษัท  
ได้รับเงินตามเช็คเรียบร้อยแล้ว  
๑ PAYMENT BY CHEQUE IS NOT VALID  
UNLESS THE CHEQUE IS HONOURED

ผู้รับเงิน/RECEIVER  
วันที่/DATE 16 ก.พ. 2564

บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด  
ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจ / AUTHORIZED SIGNATURE

**บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด**  
**NISUKI MEDICAL CO., LTD.**

90 ซอยบางนา-ตราด 19 แขวงบางนาเหนือ เขตบางนา กรุงเทพฯ 10260  
 90 Soi Bangna-Trad 19 Bangna-Nue, Bangna, Bangkok 10260  
 Tel. 0-2747-4420-4 Fax : 0-2399-5376 e-mail : nisukimedical@gmail.com  
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105562100729 (สำนักงานใหญ่)

**ใบแจ้งหนี้/สำเนาใบกำกับภาษี**  
**Invoice/Tax Invoice Copy**  
**(ไม่ใช้ใบกำกับภาษี)**  
**(สำหรับลูกค้า)**  
 เอกสารออกเป็นชุด

|                                                                                                                                                                   |                                                                                     |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ชื่อลูกค้า<br>Name<br>172 ม.4 ต.ตะกุกเหนือ อ.วิภาวดี<br>ที่อยู่<br>Address<br>จ.สุราษฎร์ธานี<br>84370<br>โทร.080-717-6780<br>เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000568134 | <b>โรงพยาบาลวิภาวดี</b><br>เลขรับ.....709<br>วันที่.....9/12/63<br>เวลา.....13.30น. | เลขที่<br>No.<br>ใบสั่งซื้อ<br>Order No.<br>รหัสลูกค้า<br>Customer No. V082<br>วันที่ 09 ธ.ค. 2563<br>Date<br>รหัสผู้ขาย<br>Salesman N606300587<br>ใบส่งขาย<br>วันครบกำหนดจ่าย<br>Due Date | วันที่ 09 ธ.ค. 2563<br>Date<br>8-13-04-เนตรนพพิศ (เครื่องมือแพทย์)<br>กำหนดชำระเงิน<br>Term of Payment<br>วันที่<br>Day |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| รหัสสินค้า<br>Product Code                                                                                                 | รายละเอียด<br>Description  | ต่อหีบ<br>Pack | จำนวน<br>Quantity | หน่วยละ<br>Unit Price | ส่วนลด<br>Discount           | จำนวนเงิน<br>Amount |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------|-----------------------|------------------------------|---------------------|
| 1 00002                                                                                                                    | อุปกรณ์ทางการแพทย์ วัสดุ อ | หีบ            | 400.00            | 140.000               |                              | 56,000.00           |
| **การรับประกันสินค้าขึ้นอยู่กับปริมาณหรือจำนวนไม่ครบ โปรดติดต่อ Tel. (02)747-4420-4 ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ได้รับสินค้า** |                            |                |                   |                       |                              |                     |
| (ตัวพิมพ์ทุกตัวเป็นภาษาอังกฤษ)                                                                                             |                            |                |                   |                       | รวมราคาสินค้า<br>Total Sales | 52,336.45           |
|                                                                                                                            |                            |                |                   |                       | ภาษีมูลค่าเพิ่ม<br>VAT 7%    | 3,663.55            |
|                                                                                                                            |                            |                |                   |                       | รวมเป็นเงินทั้งสิ้น<br>Total | 56,000.00           |

**เงื่อนไขการชำระเงิน :**  
 ● กรุณาส่งจ่ายเช็คขีดคร่อมในนาม **"บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด"** เท่านั้น บริษัทฯ จะไม่รับผิดชอบถึงความผิดพลาดอันเกิดจากการชำระหนี้ด้วยเงินสด หรือเช็คเงินสด  
 ● สำหรับยอดหนี้ที่ค้างชำระหลังจากครบกำหนดเวลา บริษัทฯ จะคิดอัตราดอกเบี้ยร้อยละ 1.5 ต่อเดือน

|                                   |                                    |                                                                                       |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| ผู้รับของ/RECEIVER<br>วันที่/DATE | ผู้ส่ง/DELIVERED BY<br>วันที่/DATE | <b>บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด</b><br>ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจ / AUTHORIZED SIGNATURE |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|



Thananan Logistics

70/9 หมู่ 1 อ.ทวีวัฒนา-กาญจนบุรี 29  
แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา กรุงเทพฯ 10170  
ID Line : @zcs14170

☐ กรุงเทพฯ Tel : 080-521-0045, 085-538-1508  
☒ สุราษฎร์ธานี Tel : 084-77618013  
☐ นครศรีธรรมราช Tel : 087-464-6677, 081-691-7788

ใบส่งสินค้า



เลขติดตามสินค้า 165B04866BE3  
วันที่ 28/11/2563 09:07:55

DOFN2011280007

|                   |                  |           |       |        |            |                                                     |  |  |  |
|-------------------|------------------|-----------|-------|--------|------------|-----------------------------------------------------|--|--|--|
| ชื่อผู้ส่ง        | ณัฐ (ประเทศไทย)  |           |       |        | ชื่อผู้รับ | โรงพยาบาลวิภาวดี (แผนก การพยาบาล)                   |  |  |  |
| ที่อยู่           | จ. กรุงเทพมหานคร |           |       |        | ที่อยู่    | 172 ม.4 ต.ตะกอกเหนือ อ.วิภาวดี จ.สุราษฎร์ธานี 84180 |  |  |  |
| โทรศัพท์          |                  |           |       |        | โทรศัพท์   |                                                     |  |  |  |
| ลำดับ             | รายการ           | จำนวนชิ้น | หน่วย | ราคา @ | ต้นทุน     | ปลายทาง                                             |  |  |  |
| 1                 | ถุงมือ           | 10        | มัด   | 100.00 | 1,000.00   |                                                     |  |  |  |
|                   |                  |           |       |        |            |                                                     |  |  |  |
|                   |                  |           |       |        |            |                                                     |  |  |  |
|                   |                  |           |       |        |            |                                                     |  |  |  |
|                   |                  |           |       |        |            |                                                     |  |  |  |
| คำสั่งพิเศษ       |                  |           |       |        | รวม        | 1,000.00                                            |  |  |  |
| ลงชื่อผู้รับเงิน  | ส.น.             |           |       |        |            |                                                     |  |  |  |
| ลงชื่อผู้ส่งของ   | คุณพงศ์          |           |       |        |            |                                                     |  |  |  |
| ผู้ตรวจสอบปลายทาง |                  |           |       |        |            | ลงชื่อผู้รับสินค้าปลายทาง                           |  |  |  |

จ่ายแล้ว



### ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท นิชูกิ เมดิคอล จำกัด

ที่อยู่ เลขที่ ๙๐ หมู่ ๑๒ ซอยบางนาตราด ๑๙ แขวง บางนา-ตราด

แขวงบางนาเหนือ เขตบางนา กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๖๐

โทรศัพท์ ๐๖๑๔๕๑๔๖๖๓

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๖๒๑๐๐๗๒๙

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๑๕/๒๕๖๔

วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๓

ส่วนราชการ โรงพยาบาลวิภาวดี

ที่อยู่ เลขที่ ๑๗๒ หมู่ ๔ ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัด

สุราษฎร์ธานี

โทรศัพท์ ๐-๗๗๒๙-๒๑๔๖

ตามที่ บริษัท นิชูกิ เมดิคอล จำกัด ได้เสนอราคา ใ้ต่อ โรงพยาบาลวิภาวดี ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

| ลำดับ                  | รายการ                  | จำนวน | หน่วย     | ราคาต่อหน่วย<br>(บาท) | จำนวนเงิน<br>(บาท) |
|------------------------|-------------------------|-------|-----------|-----------------------|--------------------|
| ๑                      | ถุงมือชนิดมีแป้ง ไซส์ S | ๔๐๐   | กล่อง/box | ๑๔๐.๐๐                | ๕๖,๐๐๐.๐๐          |
| (ห้าหมื่นหกพันบาทถ้วน) |                         |       |           | รวมเป็นเงิน           | ๕๖,๐๐๐.๐๐          |
|                        |                         |       |           | ภาษีมูลค่าเพิ่ม       | ๓,๖๖๓.๕๕           |
|                        |                         |       |           | รวมเป็นเงินทั้งสิ้น   | ๕๙,๖๖๓.๕๕          |

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๔
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลวิภาวดี เลขที่ ๑๗๒ หมู่ ๔ ต.ตะกุกเหนือ อ.วิภาวดี จ.สุราษฎร์ธานี
- ระยะเวลาประกัน -
- ส่งวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

#### หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๓๑๒๗๑๒๔๕๖๕ ชื่อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๑ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งซื้อ

( นายสุทธาวัดน์ พรสุขนิมิตกุล )

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๓  
ลงชื่อ.....นายระณณ.....ผู้รับใบสั่งซื้อ  
(คุณเนตรนระพิศ สถาพรจิตรกุล)  
ตัวแทนขาย

วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๓

เลขที่โครงการ ๖๓๑๒๗๑๒๕๕๖๕  
เลขคุมสัญญา ๖๓๑๒๗๑๒๕๕๖๕๐



ประกาศโรงพยาบาลวิภาวดี

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๑ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ โรงพยาบาลวิภาวดี ได้มีโครงการ ซื้อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๑ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น  
ณ มีมือสมัครยื่นซอง เสนอราคา จำนวน ๔๐๐ กล่อง/box ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด  
(ขายส่ง, ขายปลีก) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๕๖,๐๐๐.๐๐ บาท (ห้าหมื่นหกพันบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและ  
ภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายรุ่งโรจน์ ทรัพย์สุนทร)

นายแพทย์ชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลวิภาวดี

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

# สำเนาฉบับ

ประกาศโรงพยาบาลวิภาวดี

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๑ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ โรงพยาบาลวิภาวดี ได้มีโครงการ ซื้อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๑ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น  
ถุงมือชนิดมีแบ่ง ไซส์ S จำนวน ๔๐๐ กล่อง/box ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท นิชูกิ เมดิคอล จำกัด  
(ขายส่ง,ขายปลีก) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๕๖,๐๐๐.๐๐ บาท (ห้าหมื่นหกพันบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและ  
ภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๗ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายรุ่งโรจน์ ทรัพย์สุนทร)

นายแพทย์ชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลวิภาวดี

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

|                    |       |
|--------------------|-------|
| หน.ฝ่ายบริหาร      | ..... |
| หัวหน้าเจ้าหน้าที่ | ..... |
| เจ้าหน้าที่        | ..... |



# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลวิภาวดี (งานพัสดุ โทร. ๐ ๗๗๒๙ ๒๑๔๔ ต่อ ๑๐๒)

ที่ สฎ ๐๐๓๒.๓๐๑/ ๑๕๕

วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อสิ่งจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี (โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี ปฏิบัติราชการแทน)

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๑ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

| รายการพิจารณา                                  | รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ       | ราคาที่เสนอ* | ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง* |
|------------------------------------------------|-----------------------------|--------------|--------------------------|
| ถุงมือชนิดมีแป้ง ไซส์ S<br>จำนวน ๔๐๐ กล่อง/box | บริษัท นิชูกี เมดิคอล จำกัด | ๕๖,๐๐๐.๐๐    | ๕๖,๐๐๐.๐๐                |
| รวม                                            |                             |              | ๕๖,๐๐๐.๐๐                |

\* ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลวิภาวดีพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อสิ่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

 เจ้าหน้าที่  
(นางสุวรรณี พรหมวิเศษ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

 หัวหน้าเจ้าหน้าที่  
(นายสุทธาวฒน์ พรสุขนิมิตกุล)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

เห็นชอบ/อนุมัติ

 (นายรุ่งโรจน์ ทรัพย์สุนทร)

นายแพทย์ชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลวิภาวดี

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

## บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด

เลขที่ 90 ซอยบางนา-ตราด 19 แขวงบางนาเหนือ เขตบางนา กรุงเทพฯ 10260

โทร.02-7474420-4 แฟกซ์. 02-3995376 อีเมลล์.nisuki@anet.net.th

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105562100729 (สำนักงานใหญ่)

### ใบเสนอราคา / QUOTATION

เรียน/Attention: ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดีสุราษฎร์ธานี

cc: คุณ บุ่ม หัวหน้าพยาบาล

เลขที่/ No. :

วันที่ Date : 3 ในภพ ๖๒

TEL. :

ขอเสนอราคาและเงื่อนไขสำหรับท่านดังนี้

We are please to submit you the following described here in at price, items and terms stated :

| ลำดับที่<br>ITEM | รายการ<br>DESCRIPTION | ราคา<br>Price | จำนวน<br>Quantity | จำนวนเงิน<br>Amount |
|------------------|-----------------------|---------------|-------------------|---------------------|
| 1                | ถุงมือยาง NS ไซส์ S   | 140           | 400               | 56,000.00           |
|                  |                       |               |                   | -                   |
|                  |                       |               |                   | -                   |
|                  |                       |               |                   | -                   |
|                  |                       |               |                   | -                   |
|                  |                       |               |                   | -                   |
|                  |                       |               | รวมเงิน           | 56,000.00           |
|                  |                       |               | Vat7%             |                     |
|                  |                       |               | รวมทั้งสิ้น       | 56,000.00           |

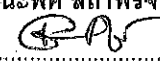
ห้าหมื่นหกพันบาทถ้วน

ข้อกำหนดและเงื่อนไขการขอใบเสนอราคา

สินค้าราคารวม VAT เครดิต 90 วัน

ข้าพเจ้ารับรองว่า จะส่งมอบของดังกล่าวข้างต้นได้ภายในกำหนด

ผู้เสนอราคา เนตรนพิศ สถาพรจิตกรกุล (096-798-2653)

ผู้สั่งซื้อ X 

หมายเหตุ : ราคาที่เสนอยื่นราคา 15 วันเพราะเป็นช่วงสภาวะไม่ปกติ

Bank Account:

หมายเหตุ :

ชื่อนิติบุคคล : บจก.นิซูกิ เมดิคอล จำกัด / กระแสเงินสด

ธ. กสิกร สาขาถนนศรีนครินทร์ กม.9

เลขที่ : 067-8-54427-2



# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลวิภาวดี (งานพัสดุ โทร. ๐ ๗๗๒๙ ๒๑๔๔ ต่อ ๑๐๒)

ที่ สฎ ๐๐๓๒.๓๐๑/ ๑๒๕

วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานขอซื้อของจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี (โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี ปฏิบัติราชการแทน)

ด้วย โรงพยาบาลวิภาวดีมีความประสงค์จะ ซื้อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๑ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เพื่อใช้คลังเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา เพื่อเบิกจ่ายให้แก่แพทย์ที่เกี่ยวข้องนำไปให้บริการผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลวิภาวดี

๒. รายละเอียดของพัสดุ

๒.๑ ถุงมือชนิดมีแปง ไส้ S จำนวน ๔๐๐ กล่อง

๓. ราคากลางของพัสดุที่จะซื้อจำนวน ๕๖,๐๐๐.๐๐ บาท (ห้าหมื่นหกพันบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะซื้อ

เงินนอกงบประมาณจากเงินบำรุงโรงพยาบาลวิภาวดี จำนวน ๕๖,๐๐๐.๐๐ บาท (ห้าหมื่นหกพันบาทถ้วน)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจงเนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

ผู้ตรวจรับพัสดุ

๑. นางสาวขวัญใจ ไกรสินธุ์

ประธานกรรมการฯ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สุทธพรวิมล

๒. นางสาวรสสุคนธ์ ทองบุญชู  
นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

กรรมการ

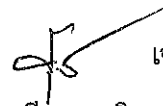
๓. นายรัชชัย พลราม  
นักวิชาการคอมพิวเตอร์

กรรมการ

อำนาจและหน้าที่

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงาน  
ขอซื้อดังกล่าวข้างต้น



เจ้าหน้าที่

(นางสุวรรณี พรหมวิเศษ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ



หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายสุทธาวัดน์ พรสุขนิมิตกุล)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

เห็นชอบ/ดำเนินการ

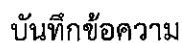


(นายรุ่งโรจน์ ทรัพย์สุนทร)

นายแพทย์ชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลวิภาวดี

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี



โรงพยาบาลวิภาวดี ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอิวาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

วันที่ 27 พฤศจิกายน 2563

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี

มีความจำเป็นต้องใช้วัสดุ ดังรายการต่อไปนี้

เหตุผลและความจำเป็น เพื่อใช้คลังเวชภัณฑ์ที่ไม่เสียยา เพื่อเบิกจ่ายให้แก่เจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยภายใน  
โรงพยาบาลวิภาวดี

(ห้าหมื่นหกพันบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติในหลักการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอใช้  
(นางฉิตา คงจิตร์)

ตำแหน่ง...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ...

ลงชื่อ  หัวหน้ากลุ่มงาน/งาน  
(นางสาวรณีย์ พรหมวิเศษ)

ตำแหน่ง .....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ.....

ผู้อนุมัติ

(นายรุ่งโรจน์ ทรัพย์สุนทร)

นายแพทย์ชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลวิภาวดี

อยู่ในแผนการใช้เงิน ประจำปี 25..4..

( / ) เงินบำรุง ( / ) ตั้งงบไว้ ( ) ไม่ได้ตั้งงบ  
งบประมาณที่ตั้งไว้.....บาท

( ) งบประมาณ

( )โครงการ.....

( ) อื่นๆ.....

ลงชื่อ..... *จิรพร มงคลิน* .....

(นางสาวจรรยาพร พุทธิรักษา)

ตำแหน่ง.....นักวิชาการพัสด.....



## บันทึกข้อความ

กรม

①

ได้รับแล้ว  
15 ธ.ค. 2563

ส่วนราชการ โรงพยาบาลวิภาวดี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

๑๕ ก.พ. ๒๕๖๔

ที่ สฎ 0032.301/.....0406

วันที่

15 ธันวาคม 2563

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี

ด้วยงานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป ได้รับเอกสารการจัดซื้อจัดจ้าง จากกลุ่มการพยาบาล

ตามรายการต่อไปนี้

บริษัท นิชูกี เมดิคอล จำกัด

| ลำดับที่ | วันที่    | จำนวนเงิน | เลขที่ใบส่งของ | รายการ        |
|----------|-----------|-----------|----------------|---------------|
| 1        | 9 พ.ย. 63 | 48,400.00 | IV6300406      | วัสดุการแพทย์ |
| 2        |           |           |                |               |
| 3        |           |           |                |               |
| 4        |           |           |                |               |
| 5        |           |           |                |               |

รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น

48,400.00 บาท

(ตัวอักษร) สี่หมื่นแปดพันสี่ร้อยบาทถ้วน /

บัดนี้ งานการเงินและบัญชี ได้ตรวจสอบเอกสารต่าง ๆ แล้ว ปรากฏว่า ถูกต้อง ครบถ้วน เห็นสมควร

ให้อนุมัติเบิกจ่ายจากเงินบำรุงโรงพยาบาลวิภาวดีได้

ลงชื่อ.....

(นางสิริพร เศวตศิลป์)

นักวิชาการเงินและบัญชี

อนุมัติจ่าย

ลงชื่อ.....

(นายรุ่งโรจน์ ทรัพย์สุนทร)

นายแพทย์ชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลวิภาวดี

ลงชื่อ.....

(นายสุทธาวัดน์ พรสุขนิมิตกุล)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลวิภาวดี ตำบลตลิ่งชัน อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ที่ สฎ 0032.301/

วันที่ 11 พฤศจิกายน 2563

เรื่อง รายงานการจัดซื้อ/จ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี (โดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดีปฏิบัติราชการแทน)

ตามบันทึกอนุมัติจัดซื้อ/จ้างพัสดุ ที่ สฎ 0032.301/ 48 ลงวันที่ 29 ตุลาคม 2563

ได้ขออนุมัติจัดซื้อ/จ้าง จำนวน 2 รายการ และได้แต่งตั้งข้าพเจ้าผู้มีนามข้างท้ายนี้เป็นผู้ตรวจรับพัสดุ / งานจ้างหรือคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ตรวจการจ้าง ของโรงพยาบาลวิภาวดี นั้น

บัดนี้ ข้าพเจ้าผู้ได้รับการแต่งตั้ง ได้ตรวจรับการดำเนินการจัดซื้อ/จ้างพัสดุดังกล่าว เสร็จสิ้นลงแล้ว โดยได้จัดซื้อ/จ้างพัสดุ จาก

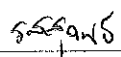
1 บริษัท นิชุกี เมดิคอล จำกัด ตามใบส่งของเล่มที่ เลขที่ IV6300406  
ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2563 เป็นจำนวนเงิน 48,400.00 บาท (สี่หมื่นแปดพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

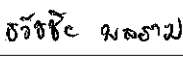
จำนวน 2 รายการ เป็นเงินทั้งสิ้น 48,400.00 บาท (สี่หมื่นแปดพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

ซึ่งได้รับพัสดุจากบริษัทเมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2563 และผู้ตรวจรับพัสดุ หรือคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

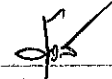
ได้ตรวจรับเรียบร้อยแล้วในวันที่ 9 พฤศจิกายน 2563 พบว่าพัสดุนั้นครบถ้วนถูกต้อง และมีสภาพดี

ลงชื่อ  ประธานกรรมการ/จนท.ตรวจรับพัสดุ  
(นางสาวขวัญใจ ไกรสินธุ์)

ลงชื่อ  กรรมการ  
(นางสาวรสสุคนธ์ ทองบุญชู)

ลงชื่อ  กรรมการ  
(นายธวัชชัย พลราม)

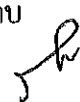
ข้าพเจ้าได้รับมอบพัสดุ ดังรายการดังกล่าวข้างต้นแล้ว จึงเห็นสมควรอนุมัติให้เบิก-จ่ายแก่เจ้าหนัดังกล่าวต่อไป

ลงชื่อ  เจ้าหน้าที่  
(นางสุวรรณี พรหมวิเศษ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ทราบ /  
ลงชื่อ  หัวหน้าเจ้าหน้าที่  
(นายสุทธีวัฒน์ พรสุขนิมิตกุล)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

ทราบ  
ลงชื่อ   
(นายรุ่งโรจน์ ทรัพย์สุนทร)

นายแพทย์ชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลวิภาวดี  
ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน  
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์  
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

โครงการซื้อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๒ รายการ จำนวนเงิน ๔๘,๔๐๐.๐๐ บาท (สี่หมื่นแปดพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

ข้าพเจ้า.....นายสุทธาวัดน์ พรสุชนิมิตกุล.....(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)  
ข้าพเจ้า.....นางสุวรรณี พรหมวิเศษ.....(เจ้าหน้าที่)  
ข้าพเจ้า.....นางสาวขวัญใจ ไกรสินธุ์.....(ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ)  
ข้าพเจ้า.....นางสาวรสสุคนธ์ ทองบุญชู.....(กรรมการตรวจรับพัสดุ)  
ข้าพเจ้า.....นายธวัชชัย พลราม.....(กรรมการตรวจรับพัสดุ)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึกด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

.....  
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

.....  
(เจ้าหน้าที่)

.....  
(ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ)

.....  
(กรรมการตรวจรับพัสดุ)

.....  
(กรรมการตรวจรับพัสดุ)

หมายเหตุ หากเพิ่มเติมคณะกรรมการสามารถดำเนินการภายใต้แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจ ฯ นี้ได้โดยอนุโลม

## ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

วันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ตาม ใบสั่งซื้อสั่งจ้าง เลขที่ ๔๑/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๓ โรงพยาบาลวิภาวดี ได้ตกลงซื้อ กับ บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด สำหรับโครงการ ซื้อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๔๘,๔๐๐.๐๐ บาท (สี่หมื่นแปดพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน รายการที่ ๑ ถุงมือชนิดมีแบ่ง ไซส์ M งวดที่ ๑ และรายการที่ ๒ แมสปิดปากสำหรับผู้ใหญ่ งวดที่ ๑ แล้ว ผลปรากฏ ดังนี้

### ๑. ผลการตรวจรับ

☒ ถูกต้อง

☒ ครบถ้วนตามสัญญา

☐ ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

### ๒. ค่าปรับ

☐ มีค่าปรับ

☒ ไม่มีค่าปรับ

### ๓. การเบิกจ่ายเงิน

- รายการที่ ๑ ถุงมือชนิดมีแบ่ง ไซส์ M

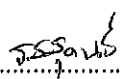
เบิกจ่ายเงิน งวดที่ ๑ เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๘,๔๐๐.๐๐ บาท

- รายการที่ ๒ แมสปิดปากสำหรับผู้ใหญ่

เบิกจ่ายเงิน งวดที่ ๑ เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๔๐,๐๐๐.๐๐ บาท

(ลงชื่อ)..........ประธานกรรมการฯ

(นางสาวขวัญใจ ไกรสินธุ์)

(ลงชื่อ)..........กรรมการ

(นางสาวรสสุคนธ์ ทองบุญชู)

(ลงชื่อ)..........กรรมการ

(นายธวัชชัย พลราม)

หมายเหตุ : เลขที่โครงการ ๖๓๑๑๗๐๙๙๕๒

เลขคู่สัญญา ๖๓๑๑๔๑๓๖๕๒

เลขคู่ตรวจรับ ๖๓๑๑A๑๑๙๖๒๗

บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด  
NISUKI MEDICAL CO., LTD.

90 ซอยบางนา-ตราด 19 แขวงบางนาเหนือ เขตบางนา กรุงเทพฯ 10260  
90 Soi Bangna-Trad 19 Bangna-Nue, Bangna, Bangkok 10260  
Tel. 0-2747-4420-4 Fax : 0-2399-5376 e-mail : nisukimedical@gmail.com

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105562100729 (สำนักงานใหญ่)

ใบเสร็จรับเงิน/Receipt  
(ไม่ใช่ใบกำกับภาษี)  
(ต้นฉบับ)

เอกสารแนบเป็นชุด

ชื่อลูกค้า **โรงพยาบาลวิภาวดี**  
Name  
ที่อยู่ **172 ม.4 ต.ตะกุกเหนือ อ.วิภาวดี**  
Address **จ.สุราษฎร์ธานี**  
**84370**  
**โทร.080-717-6780**  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี **0994000568134** สำนักงานใหญ่

เลขที่ **TV6300406**  
No. Invoice  
ไม่ส่งชื่อ  
Order No.  
รหัสลูกค้า **V082**  
Customer No.  
วันที่ **16 ก.พ. 2564**  
Date  
วันที่ส่งขาย **S-13-04-เนตรนพิต (เครื่องมือแพทย์)**  
Salesman No. **S06300409**  
ไม่ส่งขาย  
Term of Payment  
วันที่  
วันครบกำหนดจ่าย  
Due Date

| รหัสรายการ<br>Item Code | รายละเอียด<br>Description | หน่วย<br>Unit | จำนวน<br>Quantity | ราคาต่อหน่วย<br>Unit Price | ส่วนลด<br>Discount | รวม<br>Total |
|-------------------------|---------------------------|---------------|-------------------|----------------------------|--------------------|--------------|
| 1 00003                 | ถุงมือชนิดนิ้มแบ่ง ไซส์ M | กล่อง         | 60.00             | 140.000                    |                    | 8,400.00     |
| 2 001                   | แมสกันตบปากสำหรับผู้ใหญ่  | กล่อง         | 400.00            | 100.000                    |                    | 40,000.00    |

\*\*กรณีสินค้าเสียหายหรือจำนวนไม่ครบ โปรดติดต่อ Tel. (02)747-4420-4 ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ได้รับสินค้า\*\*

(สี่หมื่นแปดพันสี่ร้อยบาทถ้วน).

ชำระโดย ☐ เงินสด / Cash  
☐ เช็ค / Cheque ธนาคาร/สาขา..... เลขที่.....  
ลงวันที่.....จำนวนเงิน.....บาท  
เงินโอน / TR ชื่อบัญชี บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด  
☐ ธ.กสิกรไทย / สาขาถนนศรีนครินทร์ กม.9 บัญชีกระแสรววัน #067-8-54427-2  
หมายเหตุ : เมื่อโอนเงินแล้วกรุณาฝากสลิปโอนเงินเพื่อเป็นหลักฐานยืนยันการชำระเงิน ที่ Fax : 02-399-5376 หรือ  
ติดต่อโดยตรงที่ ฝ่ายการเงิน 02-747-4420-4

|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| รวมราคาสินค้า<br>Total Sales | 45,233.64 |
| ภาษีมูลค่าเพิ่ม<br>VAT 7%    | 3,166.36  |
| รวมเป็นเงินทั้งสิ้น<br>Total | 48,400.00 |

เงื่อนไขการชำระเงิน : ผิด ตก ยกเว้น E & O.E.

- กรุณาส่งจ่ายเช็คขีดคร่อมในนาม "บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด" เท่านั้น บริษัทฯ จะไม่รับผิดชอบถึงความผิดพลาดอันเกิดจากการชำระหนี้ด้วยเงินสด หรือเช็คเงินสด
- สำหรับยอดหนี้ที่ค้างชำระหลังจากครบกำหนดเวลา บริษัทฯ จะคิดอัตราดอกเบี้ยร้อยละ 1.5 ต่อเดือน

การชำระเงินด้วยเช็คจะสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัท  
ได้รับเงินตามเช็คเรียบร้อยแล้ว  
PAYMENT BY CHEQUE IS NOT VALID  
UNLESS THE CHEQUE IS HONoured

ผู้รับเงิน/RECEIVER **16 ก.พ. 2564**  
วันที่/DATE

บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด  
ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจ / AUTHORIZED SIGNATURE

บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด

NISUKI MEDICAL CO., LTD.

90 ซอยบางนา-ตราด 19 แขวงบางนาเหนือ เขตบางนา กรุงเทพฯ 10260

90 Soi Bangna-Trad 19 Bangna-Nue, Bangna, Bangkok 10260

Tel. 0-2747-4420-4 Fax : 0-2399-5376 e-mail : nisukimedical@gmail.com

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105562100729 (สำนักงานใหญ่)

โรงพยาบาลวิภาวดี

เลขรับ ๕๖

วันที่ ๑/๑๑/๕๖

เวลา ๑๓.๔๐ น.

ใบแจ้งหนี้/สำเนาใบกำกับภาษี  
Invoice/Tax Invoice Copy

(ไม่ใช่ใบกำกับภาษี)

(สำหรับลูกค้า)

เอกสารแนบเป็นชุด

ชื่อลูกค้า โรงพยาบาลวิภาวดี

Name

172 ม.4 ต.ตะกุกเหนือ อ.วิภาวดี

ที่อยู่

Address

จ.สุราษฎร์ธานี

84370

โทร.080-717-6780

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000568134

สำนักงานใหญ่

เลขที่

No.

ใบสั่งซื้อ

Order No.

รหัสลูกค้า

Customer No.

IV6300406

วันที่ ๐๙ พ.ย. ๕๕๖๓

Date

S-13-04-เนตรนักษัตร (เครื่องมือแพทย์)

รหัสผู้ขาย

Salesman N806300409

ใบส่งขาย

วันครบกำหนดจ่าย

Due Date

กำหนดชำระเงิน

Term of Payment

วันที่

วัน

Day

| รหัสสินค้า<br>Product Code                                                                              | รายละเอียด<br>Description | ต่อหีบ<br>Pack | จำนวน<br>Quantity | หน่วยละ<br>Unit Price | ส่วนลด<br>Discount | จำนวนเงิน<br>Amount |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------|-------------------|-----------------------|--------------------|---------------------|
| 1 00003                                                                                                 | อุปกรณ์เชื่อมแบบ ไลน์ M   | 100.00         | 60.00             | 140.000               |                    | 8,400.00            |
| 2 00003                                                                                                 | เส้นเชื่อมแบบ ไลน์ M      | 100.00         | 400.00            | 100.000               |                    | 40,000.00           |
| **กรณีสินค้าเสียหายหรือจำนวนไม่ครบ โปรดติดต่อ Tel.(02)747-4420-4 ภายใน 7 วัน นับจากวันที่ได้รับสินค้า** |                           |                |                   |                       |                    |                     |
| (สีหมึกแบบพิมพ์สีรอยบาทถ้วน).                                                                           |                           |                |                   |                       |                    |                     |

รวมราคาสินค้า  
Total Sales 45,233.64

ภาษีมูลค่าเพิ่ม  
VAT 7% 3,166.36

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น  
Total 48,400.00

ผิด ตก ยกเว้น E.& O.E.

เงื่อนไขการชำระเงิน :

- กรุณาส่งจ่ายเช็คขีดคร่อมในนาม "บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด" เท่านั้น บริษัทฯ จะไม่รับผิดชอบถึงความผิดพลาดอันเกิดจากการชำระหนี้ด้วยเงินสด หรือเช็คเงินสด
- สำหรับยอดหนี้ที่ค้างชำระหลังจากครบกำหนดเวลา บริษัทฯ จะคิดอัตราดอกเบี้ยร้อยละ 1.5 ต่อเดือน

ผู้รับของ/RECEIVER

วันที่/DATE

ผู้ส่ง/DELIVERED BY

วันที่/DATE

บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด

ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจ / AUTHORIZED SIGNATURE



Thananan Logistics

ใบส่งสินค้า

เลขที่ TN 124902

70/9 หมู่ 1 ถ.วิวัฒน์-กาญจนาภิเษก 29  
แขวงทวีวัฒนา เขตทวีวัฒนา กรุงเทพฯ 10170  
ID Line : @zcs1417o

กรุงเทพมหานคร  
เลขติดตามสินค้า  
29/10/2563 09:06:48  
วันที่



กรุงเทพฯ Tel : 080-521-0045, 095-536-1506  
สุราษฎร์ธานี Tel : 084-770-8013  
นครศรีธรรมราช Tel : 087-464-6677, 081-891-7788

|                  |                    |                  |                                                     |                           |        |         |
|------------------|--------------------|------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------|--------|---------|
| ชื่อผู้ส่ง       | บริษัท (ประเทศไทย) | ชื่อผู้รับ       | โรงพยาบาลสภากาชาด                                   |                           |        |         |
| ที่อยู่          | จ.กรุงเทพมหานคร    | ที่อยู่          | 172 ม.4 ต.ตะกั่วพยอม อ.วิภาวดี จ.สุราษฎร์ธานี 84180 |                           |        |         |
| โทรศัพท์         |                    | โทรศัพท์         |                                                     |                           |        |         |
| ลำดับ            | รายการ             | จำนวนชิ้น        | หน่วย                                               | ราคา @                    | ต้นทุน | ปลายทาง |
| 1                | เมล็ดปาล์ม         | 11               | กล่อง                                               | 80.00                     | 880.00 |         |
| 2                | เมล็ดปาล์ม         | 1                | มัด                                                 | 100.00                    | 100.00 |         |
|                  |                    |                  |                                                     |                           |        |         |
|                  |                    |                  |                                                     |                           |        |         |
|                  |                    |                  |                                                     |                           |        |         |
|                  |                    |                  |                                                     |                           |        |         |
| คำสั่งพิเศษ      |                    |                  |                                                     | รวม                       | 980.00 |         |
| ลงชื่อผู้รับเงิน | ลงชื่อผู้ส่งของ    | ผู้ตรวจสอบต้นทุน | ผู้ตรวจสอบปลายทาง                                   | ลงชื่อผู้รับสินค้าปลายทาง |        |         |

จ่ายแล้ว

12



### ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด  
ที่อยู่ เลขที่ ๙๐ หมู่ ๑๒ ซอยบางนาตราด ๑๙ แขวง บางนา-ตราด  
แขวงบางนาเหนือ เขตบางนา กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๖๐  
โทรศัพท์ ๐๖๑๔๕๑๔๖๖๓  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๖๒๑๐๐๗๒๙

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๔๑/๒๕๖๔  
วันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๓  
ส่วนราชการ โรงพยาบาลวิภาวดี  
ที่อยู่ เลขที่ ๑๗๒ หมู่ ๔ ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัด  
สุราษฎร์ธานี  
โทรศัพท์ ๐-๗๗๒๙-๒๑๔๖

ตามที่ บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด ได้เสนอราคา ใ้ต่อ โรงพยาบาลวิภาวดี ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

| ลำดับ                          | รายการ                  | จำนวน | หน่วย     | ราคาต่อหน่วย<br>(บาท) | จำนวนเงิน<br>(บาท) |
|--------------------------------|-------------------------|-------|-----------|-----------------------|--------------------|
| ๑                              | ถุงมือชนิดมีแบ่ง ไซส์ M | ๖๐    | กล่อง/box | ๑๔๐.๐๐                | ๘,๔๐๐.๐๐           |
| ๒                              | แมสปิดปากสำหรับผู้ใหญ่  | ๔๐๐   | กล่อง/box | ๑๐๐.๐๐                | ๔๐,๐๐๐.๐๐          |
| (สี่หมื่นแปดพันสี่ร้อยบาทถ้วน) |                         |       |           | รวมเป็นเงิน           | ๔๘,๔๐๐.๐๐          |
|                                |                         |       |           | ภาษีมูลค่าเพิ่ม       | ๓,๑๖๖.๓๖           |
|                                |                         |       |           | รวมเป็นเงินทั้งสิ้น   | ๕๑,๕๖๖.๓๖          |

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๓
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลวิภาวดี เลขที่ ๑๗๒ หมู่ ๔ ต.ตะกุกเหนือ อ.วิภาวดี จ.สุราษฎร์ธานี
- ระยะเวลาประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

#### หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๓๑๑๗๐๙๙๕๕๒ ชื่อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....สุพลา วัฒน.....ผู้สั่งซื้อ

( นายสุพลาวัฒน์ พรสุชนิมิตกุล )

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

วันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๓

ลงชื่อ.....เนตร นะพิพ.....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(คุณเนตรนระพิศ สถาพรจิตรกุล)

ตัวแทนขาย

วันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๓

เลขที่โครงการ ๖๓๑๑๗๐๙๙๕๒

เลขคุมสัญญา ๖๓๑๑๑๔๑๓๖๕๖๒



ประกาศโรงพยาบาลวิภาวดี

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ โรงพยาบาลวิภาวดี ได้มีโครงการ ซื้อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น

๑. ถุงมือชนิดมีแบ่ง ไซส์ M จำนวน ๖๐ กล่อง/box ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท นิซูกิ เมดคอล จำกัด (ขายส่ง,ขายปลีก) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๘,๔๐๐.๐๐ บาท (แปดพันสี่ร้อยบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม และภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

๒. แมสปิดปากสำหรับผู้ใหญ่ จำนวน ๔๐๐ กล่อง/box ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท นิซูกิ เมดคอล จำกัด (ขายส่ง,ขายปลีก) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๔๐,๐๐๐.๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายรุ่งโรจน์ ทรัพย์สุนทร)

นายแพทย์ชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลวิภาวดี

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

# สำเนา คู่มือ

ประกาศโรงพยาบาลวิภาวดี

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ โรงพยาบาลวิภาวดี ได้มีโครงการ ซื้อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น

๑. ถุงมือชนิดมีแป้ง ไซส์ M จำนวน ๖๐ กล่อง/box ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท นิชูกิ เมดิคอล จำกัด (ขายส่ง,ขายปลีก) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๘,๔๐๐.๐๐ บาท (แปดพันสี่ร้อยบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม และภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

๒. แมสปิดปากสำหรับผู้ใหญ่ จำนวน ๔๐๐ กล่อง/box ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท นิชูกิ เมดิคอล จำกัด (ขายส่ง,ขายปลีก) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๔๐,๐๐๐.๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายรุ่งโรจน์ ทรัพย์สุนทร)

นายแพทย์ชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลวิภาวดี

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

|                    |       |          |
|--------------------|-------|----------|
| หน.ฝ่ายบริหาร      | ..... | } สหกรณ์ |
| หัวหน้าเจ้าหน้าที่ | ..... |          |
| เจ้าหน้าที่        | ..... |          |



# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลวิภาวดี (งานพัสดุ โทร. ๐ ๗๗๒๙ ๒๑๔๔ ต่อ ๑๐๒)

ที่ สฎ ๐๐๓๒.๓๐๑/๔๘

วันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อสิ่งจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี (โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี ปฏิบัติราชการแทน)

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

| รายการพิจารณา                                    | รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ       | ราคาที่เสนอ* | ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง* |
|--------------------------------------------------|-----------------------------|--------------|--------------------------|
| ๑. ถุงมือชนิดมีแบ่ง ไซส์ M<br>จำนวน ๖๐ กล่อง/box | บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด | ๘,๔๐๐.๐๐     | ๘,๔๐๐.๐๐                 |
| ๒. แมสปิดปากสำหรับผู้ใหญ่<br>จำนวน ๔๐๐ กล่อง/box | บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด | ๔๐,๐๐๐.๐๐    | ๔๐,๐๐๐.๐๐                |
|                                                  |                             | รวม          | ๔๘,๔๐๐.๐๐                |

\* ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลวิภาวดีพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อสิ่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

เจ้าหน้าที่

(นางสุวรรณณี พรหมวิเศษ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายสุทธาวัดน์ พรสุขนิมิตกุล)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

เห็นชอบ/อนุมัติ

(นายรุ่งโรจน์ ทรัพย์สุนทร)

นายแพทย์ชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลวิภาวดี

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

## บริษัท นิซูกิ เมดิคอล จำกัด

เลขที่ 90 ซอยบางนา-ตราด 19 แขวงบางนาเหนือ เขตบางนา กรุงเทพฯ 10260

โทร : 02-7474420-4 แฟกซ์ : 02-3995376 อีเมล : nisukimedical@gmail.com

เลขที่ผู้เสียภาษีที่ 010 556 210 0729

Website : [www.nisukimedical.com](http://www.nisukimedical.com)

| ใบเสนอราคา / QUOTATION                                   |                              |
|----------------------------------------------------------|------------------------------|
| เรียน/Attention: ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดีสุราษฎร์ธานี | เลขที่/ No. :                |
| cc: คุณ นุ่ม หัวหน้าพยาบาล                               | วันที่ Date : ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๓ |
|                                                          | TEL. :                       |

ขอเสนอราคาและเงื่อนไขสำหรับท่านดังนี้

We are please to submit you the following described here in at price, items and terms stated :

| ลำดับที่<br>ITEM             | รายการ<br>DESCRIPTION         | ราคา<br>Price | จำนวน<br>Quantity | จำนวนเงิน<br>Amount |
|------------------------------|-------------------------------|---------------|-------------------|---------------------|
| 1                            | เมสปิดปากผู้ใหญ่เกรดโรงพยาบาล | 400           | 100               | 40,000.00           |
| 2                            | ถุงมือมีแบ่งไซด์ M            | 60            | 140               | 8,400.00            |
|                              |                               |               |                   | -                   |
|                              |                               |               |                   | -                   |
|                              |                               |               |                   | -                   |
|                              |                               |               | รวมเงิน           | 48,400.00           |
|                              |                               |               | Vat7%             |                     |
| สิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ร้อยละ ๑๐๐ |                               |               | รวมทั้งสิ้น       | 48,400.00           |

|                                    |                                                     |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| ข้อกำหนดและเงื่อนไขการขอใบเสนอราคา | ผู้เสนอราคา.เนตรนพิต สถาพรจิตกรกุล.(096-7982653)    |
| สินค้าราคารวม VAT คิด 90 วัน       | ราคาที่เสนออื่นราคา 15 วันเพราะเป็นช่วงสภาวะไม่ปกติ |



# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลวิภาวดี (งานพัสดุ โทร. ๐ ๗๗๒๙ ๒๑๔๔ ต่อ ๑๐๒)

ที่ สฎ ๐๐๓๒.๓๐๑/๕๘

วันที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานขอซื้อของจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี (โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิภาวดี ปฏิบัติราชการแทน)

ด้วย โรงพยาบาลวิภาวดีมีความประสงค์จะ ซื้อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เพื่อใช้คลังเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา เพื่อเบิกจ่ายให้แผนกที่เกี่ยวข้องนำไปให้บริการผู้ป่วยภายใน โรงพยาบาลวิภาวดี

๒. รายละเอียดของพัสดุ

๒.๑ ถุงมือชนิดมีแบ่ง ไซส์ M จำนวน ๖๐ กล่อง

๒.๒ แมสปิดปากสำหรับผู้ใหญ่ จำนวน ๔๐๐ กล่อง

๓. ราคากลางของพัสดุที่จะซื้อจำนวน ๔๘,๔๐๐.๐๐ บาท (สี่หมื่นแปดพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะซื้อ

เงินนอกงบประมาณจากเงินบำรุงโรงพยาบาลวิภาวดี จำนวน ๔๘,๔๐๐.๐๐ บาท (สี่หมื่นแปดพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

๕.๑ รายการพิจารณาที่ ๑ ถุงมือชนิดมีแบ่ง ไซส์ M

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

๕.๒ รายการพิจารณาที่ ๒ แมสปิดปากสำหรับผู้ใหญ่

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจงเนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือ ให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

*[Signature]*

ผู้ตรวจรับพัสดุ

๑. นางสาวขวัญใจ ไกรสินธุ์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ประธานกรรมการฯ

๒. นางสาวรสสุคนธ์ ทองบุญชู  
นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

กรรมการ

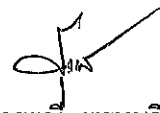
๓. นายธวัชชัย พลราม  
นักวิชาการคอมพิวเตอร์

กรรมการ

อำนาจและหน้าที่

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงาน  
ขอซื้อดังกล่าวข้างต้น



เจ้าหน้าที่

(นางสุวรรณี พรหมวิเศษ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ



หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายสุทธาวีวัฒน์ พรสุขนิมิตกุล)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

เห็นชอบ/ดำเนินการ



(นายรุ่งโรจน์ ทรัพย์สุนทร)

นายแพทย์ชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล โรงพยาบาลวิภาวดี

ปฏิบัติราชการแทน ผู้อำนวยการจังหวัดสุราษฎร์ธานี



เลขที่.....971...../2564

## ใบรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย

ส่วนราชการ      โรงพยาบาลวิภาวดี      เลขประจำตัวผู้เสียภาษี      0 9940 00568 13 4  
 ขอรับรองว่า ได้หักภาษี ณ ที่จ่าย ตามใบสำคัญการจ่ายเงินที่ .....20561...../2564 ลงวันที่.....16 ก.พ. 2564.....

บริษัท นิชูกิ เมดิคอล จำกัด      เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร      0105562100729

90 ซอยบางนา-ตราด 19 แขวงบางนาเหนือ เขตบางนา กรุงเทพฯ 10260

โทร.0-2747-4420-4 แฟกซ์.0-2399-5376

| รายการ                             | ประเภทเงินได้ที่จ่าย | วัน เดือน ปี ที่จ่าย | จำนวนเงินได้ | ภาษี   |
|------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|--------|
| ภาษีเงินได้นิติบุคคล               | วัสดุการแพทย์        | <b>16 ก.พ. 2564</b>  | 97,570.09    | 975.70 |
| ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา             |                      |                      |              |        |
| ภาษีการค้า                         |                      |                      |              |        |
| ภาษีท้องถิ่น                       |                      |                      |              |        |
| ค่าใช้จ่าย                         |                      |                      |              |        |
| ค่าปรับ                            |                      |                      |              |        |
| เกร็ร้อยเจ็ดสิบห้าบาทเจ็ดสิบสตางค์ |                      |                      | 97,570.09    | 975.70 |

ลงชื่อ.....



นักวิชาการเงินและบัญชี