



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลหนองบุญมาก อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา โทร. 044-330105-6

ที่ นม 0032.301/ 1936

วันที่ - 2 มิ.ย. 2564

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบุญมาก

เรื่องเดิม ตามบันทึกโรงพยาบาลหนองบุญมาก ที่ นม0032.301/ ข6405/0033

ลงวันที่ 12/05/2564

จังหวัดนครราชสีมา ได้รับอนุมัติให้ ชื่อวัสดุวิทยาศาสตร์

จำนวน 1 รายการ

เป็นเงิน 3,150.00 บาท (สามพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

โดยเบิกเงินจากเงินบำรุงโรงพยาบาลหนองบุญมาก

ข้อพิจารณา บัดนี้ บริษัท ไอเมค ลาบอราทอรี จำกัด

ได้ดำเนินการส่งมอบสิ่งของดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุได้ทำการตรวจรับไว้เป็นการถูกต้อง ครบถ้วน แล้วตั้งแต่วันที่ 28/05/2564 ดังรายละเอียดใบตรวจรับพัสดุที่แนบมาพร้อมนี้

ข้อเสนอ จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และอนุมัติเบิกจ่ายให้ผู้ขายหรือผู้รับจ้างต่อไป

(ลงชื่อ)

(นายชัชรัตน์ ทับทอง)

ตำแหน่ง ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาการในตำแหน่ง
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานทั่วไป

อนุมัติ

(นางสาวจกรัก สุวรรณรัตน์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบุญมาก



โรงพยาบาลหนองบุญมาก

198 หมู่ 4 ตำบลหนองหัวแรด อำเภอหนองบุญมาก

จังหวัดนครราชสีมา

วันที่ 28/05/2564

เรื่อง รายงานการตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา

ตามบันทึกที่ นม. 0032.301/ ข6405/0033

วันที่ 12/05/2564

ได้แต่งตั้งข้าพเจ้าผู้มีนามข้างท้ายนี้

เป็นคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ตามใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง ที่ นม. 0032.301/ ส6405/0036

วันที่ 12/05/2564

จำนวน 1 รายการ เป็นเงิน 3,150.00 บาท (สามพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

คณะกรรมการฯ ผู้มีนามข้างท้ายนี้ ได้พร้อมกันตรวจรับพัสดุ ตาม ใบส่งของ / ใบแจ้งหนี้ / ใบเสร็จรับเงิน เล่มที่... เลขที่.

IV-121050402

ลงวันที่ 28/05/2564

(ร 6405/000174)

ปรากฏว่า บริษัท ไอแมค ลาบอราทอรี จำกัด

ได้นำส่งสิ่งของที่มีคุณภาพ และจำนวน ตามเงื่อนไขทุกประการ

และเห็นสมควรจ่ายเงิน จำนวน 3,150.00 บาท (สามพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

ให้แก่ผู้ขายหรือผู้รับจ้าง ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และได้พร้อมกันลงนามลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจรับพัสดุ

(...นางทิพวรรณ พงศเดอน...)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ.....

ข้าพเจ้านางสาวจารุณันท์ ศรีลาศักดิ์..... ได้รับ จำนวน

1 รายการ

จากคณะกรรมการตรวจรับเรียบร้อยแล้ว

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่

(...นางสาวจารุณันท์ ศรีลาศักดิ์...)

ตำแหน่ง

วันที่ 28 พ.ค. 2564

โรงพยาบาลหนองบุญมาก
ใบสั่งซื้อ/จ้าง

วันที่ 12/05/2564

ที่ นม 0032.301/..... ส6405/0036

เรียน บริษัท ไอเมค ลาบอราทอรี จำกัด

โรงพยาบาลหนองบุญมาก อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา ขอจัดซื้อ หรือจัดจ้าง
ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนสิ่งของ	หน่วย	ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน ทั้งสิ้น	หมายเหตุ
1	Methamphetamine strip 50 ชิ้น	9.00	กล่อง(50)	350.00	3,150.00	
				เป็นเงิน	2,943.93	บาท
				ภาษี 7%	206.07	บาท
				รวมเงินทั้งสิ้น	3,150.00	บาท

(สามพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

การสั่งซื้อ / หรือจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน 30 วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้ขายหรือผู้รับจ้าง ได้รับใบสั่ง
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ 12/06/2564 ระยะเวลารับประกัน เดือน ปี
- สถานที่ส่งมอบ ณ โรงพยาบาลหนองบุญมาก
- ระยะเวลาปรับ กรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวัน ดังนี้
 ซื้อ ในอัตราร้อยละ 0.20 ของราคาพัสดุที่ยังไม่ได้รับมอบ
 จ้าง ในอัตราร้อยละ 0.10 ของราคางานจ้างนั้น แต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ 100.- บาท

(ลงชื่อ)..... ผู้สั่งซื้อ หรือจ้าง

(...นายธรรมบุญ กุศลพิเศษ...)

ตำแหน่ง.....เภสัชกรชำนาญการ.....

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ)..... ผู้รับใบสั่ง

(.....)

ตำแหน่ง.....



บริษัท ไอเมด ลาบอราทอรี จำกัด

สำนักงานใหญ่ : 240 อาคารไอชญา ทาวเวอร์ ห้องเลขที่ 240/2, 240/41 ชั้นที่ 1, 20 ถนนรัชดาภิเษก แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10810
 240 Ayothaya Tower, Room No. 240/2, 240/41, 1st and 20th Floor, Ratchadapisek Road, Huay Kwang, Bangkok Thailand 10810
 โทร. 0-2692-5244 แฟกซ์ 0-2692-5245
 สาขาที่ 00001 : 64/34 หมู่ 4 ถนนสาย 881 กม. 91.5 ต.ปลวกแดง อ.ปลวกแดง จ.ระยอง 21140 โทร. 083-012626 แฟกซ์. 083-012628

เอกสารออกเป็นชุด
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี
 Tax Identification Number
 010544090661

รหัสลูกค้า/Customer Code
 GH00123

ต้นฉบับใบกำกับภาษี / ใบแจ้งหนี้ / ใบส่งของ

ORIGINAL TAX INVOICE / DELIVERY ORDER

เลขที่ / INV. NO. IV-121050402
 เลขที่ / SO. NO. 221050472

โรงพยาบาลหนองบุญมาก

รพช. 4 ต.โคกขี้เหล็ก อ.หนองขี้เหล็ก จ.หนองบุญมาก

สาขาที่ออกใบกำกับภาษี : 00000

วันที่/Date:

จ.นครราชสีมา 304 10

เงื่อนไขการชำระเงิน
 Terms of Payment

วัน กำหนดชำระเงิน
 Due Date

โทร : 044-490-074

ใบสั่งซื้อเลขที่
 Purchase Order No.

วันที่
 Date


เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000819153

ลำดับสาขา : 00000

พนักงานขาย
 Sales Person

คุณพรพิมล จำเริญทิพย์

จัดส่ง : Inter

ลำดับที่ Item No.	รหัสสินค้า / รายละเอียด Product / Description	จำนวน Quantity	หน่วยละ Unit	จำนวนเงิน Amount
1	A100028 Meth Strip, 4,0 mm, Foil, i+Lab 50 Tests (MET 500)	9.00	PACK50	3,150.00
 ผิด ตก ยกเว้น E.&O.E				

เงื่อนไข / IMPORTANT CONDITIONS	ราคาขายรวมภาษีมูลค่าเพิ่ม	3,150.00
1. โปรดตรวจสอบสินค้าและข้อความในใบกำกับภาษีทันที สินค้าและรายการในใบกำกับภาษีนี้อาจจะถือว่าถูกต้อง หากไม่มีกรทักท้วงภายใน 7 วัน นับจากวันที่รับสินค้า Please examine the goods and statement immediately. Contents of this statement and goods will be considered Correct if no error is reported within 7 days from the date that you receive this statement.	มูลค่าสินค้า	2,943.93
2. โปรดสั่งจ่ายเช็คขีดคร่อมในนาม "บริษัท ไอเมด ลาบอราทอรี จำกัด" และขีดฆ่า "หรือผู้ถือ" Payment by cheques must be crossed and made payable to "I+Med Laboratories Co.,Ltd."	ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7 %	206.07
	หัก ส่วนลด	0.00
	จำนวนเงินสุทธิ	3,150.00

สามพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) / Amount

ผู้รับของ / Receiver	ผู้ส่งของ / Delivered By	ผู้ตรวจสอบ / Checked By	ผู้รับมอบอำนาจ / Authorized
ได้รับสินค้าข้างต้นในสภาพเรียบร้อย โดยถูกต้องและครบถ้วนแล้ว Received the above goods in good order and condition 			
วันที่/Date.....	วันที่/Date.....	วันที่/Date.....	วันที่/Date.....



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลหนองบุญมาก อ.หนองบุญมาก จ.นครราชสีมา โทร. 044-330105-6

ที่ นม0032.301/ ข6405/0033

วันที่ 12/05/2564

เรื่อง รายงานขอซื้อหรือขอจ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา

ด้วยโรงพยาบาลหนองบุญมาก มีความประสงค์จะขออนุมัติซื้อหรือจ้าง

รายละเอียด ตามบันทึกที่ นม ๐๐๓๒.๓๐๑./.../๑๐๐๐๐๔... ด้วยเงิน ปรากฏโรงพยาบาลหนองบุญมาก

ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงินที่จัดซื้อหรือจ้าง			ราคากลางของพัสดุ		เหตุผล ความ จำเป็น
		จำนวน/หน่วย	ราคา/ หน่วย	รวมเป็น เงิน	ราคากลาง	ราคาซื้อ หลังสุดต่อ 2 ปี	
1	Methamphetamine strip 50 ซิน	9.00กล่อง(ร)	350.00	3,150.00			
	ราคา			2,943.93			
	ภาษี 7%			206.07			
	รวมจำนวนเงินทั้งสิ้น			3,150.00			

(สามพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

ข้อพิจารณา เนื่องจากวงเงินขอซื้อหรือขอจ้างครั้งนี้ไม่เกิน 500,000 บาท โรงพยาบาลหนองบุญมาก
จึงขออนุมัติดำเนินการจัดซื้อหรือจัดจ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง ตามมาตรา 56 (2) (ข) แห่ง พรบ. พ.ศ.2560 และระเบียบ
กระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.2560 ข้อ 79, 80, 81 กฎกระทรวง กำหนด
วงเงินการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุโดยวิธีเฉพาะเจาะจงฯ ข้อ 1 โดยใช้เกณฑ์ราคา จาก บริษัท ไอเมค ลาบอราทอรี จำกัด
ตั้งอยู่เลขที่ 240อาคารอโยธยาทาวเวอร์ ห้อง240/2,240/41ถ.รัชดาภิเษก แขวง/เขต ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทร. 02-692-5244 แฟกซ์. 0
เป็นเงิน 3,150.00 บาท (สามพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน) และขอแต่งตั้งคณะกรรมการ
ตรวจรับพัสดุ ตามกฎกระทรวงฯ ข้อ 5 โดยให้มีอำนาจหน้าที่ตามข้อ 175 แห่งระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการ
จัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. 2560 ดังนี้

1. ...นางทิพวรรณ พุฒคอน.....

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

ผู้ตรวจรับพัสดุ

ข้อเสนอ จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบแล้วขอได้โปรดอนุมัติให้ดำเนินการตามเสนอดัง

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(นางสาวจรรนันท์ ศรีลาศักดิ์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา

เพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายธรรมบุญ กุลวิเศษ)

ตำแหน่ง เกษัตริ์ชำนาญการ

ขอบ / อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(นางสาวจรรัก สุวรรณรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบุญมาก ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า นายธรรมบุญ กุลวิเศษ ตำแหน่ง เกษีขจรชำนาญการ (หัวหน้าเจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นางสาวจารุณันท์ ศรีลาศักดิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (เจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นางทิพวรรณ พุฒดอน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (เป็นผู้ตรวจรับพัสดุ)

ขอให้การรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือ
ผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล
หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติ
หน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ทุกเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็น
สำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบ
บุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือ
ผู้ชนะประมูลหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม.....

นายธรรมบุญ กุลวิเศษ
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

ลงนาม.....

นางสาวจารุณันท์ ศรีลาศักดิ์
(เจ้าหน้าที่)

ลงนาม.....

นางทิพวรรณ พุฒดอน
(เป็นผู้ตรวจรับพัสดุ)

หมายเหตุ: ตามรายงานขอซื้อของจ้าง เลขที่ นม.0032.301/.....16406/0033.....ลงวันที่ 12/08/2024....



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลหนองบุญมาก อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา โทร 044-330105-6 ต่อ (จัดซื้อกด203,125)(กดถึงกด413,138)

ที่ นม0032.301/ นอ๑๑๔ ลงวันที่ 11 เดือน พ.ค. พ.ศ. ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติซื้อ

<input type="radio"/> ยา	<input type="radio"/> วัสดุการแพทย์	<input type="radio"/> วัสดุบรรเทาทุกข์	<input type="radio"/> วัสดุ-วัสดุ	<input type="radio"/> วัสดุทันตกรรม
<input type="radio"/> สารเคมีเภสัช	<input checked="" type="radio"/> วัสดุสิ้นเปลือง	<input type="radio"/> วัสดุสำนักงาน	<input type="radio"/> วัสดุงานประปา	<input type="radio"/> วัสดุงานช่าง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบุญมาก

- คัญ งานคลังพัสดุมีความประสงค์ที่จะขออนุมัติซื้อจาก
 - องค์การเภสัชกรรม
 - บริษัทห้างร้าน โกลบอล สยามมอส
 - บริษัทห้างร้านมีจุดประสงค์จังหวัด
 - บริษัทห้างร้าน ภูมิภาค
 - บริษัทห้างร้าน นอภูมิภาค
- เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาล ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการที่ขอซื้อ	หน่วย บรรจุ	ราคา			จำนวน ใช้ประจำ ปี	จำนวนปีรวมที่ขอซื้อ			จำนวน คงเหลือ	จำนวน ซื้อรับ ก่อน	รวม มูลค่า รวม	จำนวน ขอซื้อ ครั้ง	ราคา ต่อ หน่วย	มูลค่า (บาท)
			ราคา ต่อ หน่วย	รวม ปี	รวม ปี		รวม ปี								
1.	Methamphetamine strip 50 ชิ้น	กล่อง	350.	5	-	5	5	5	2	0	350	9	350	3150	

การเบิกจ่ายราคาซื้อ: ให้ใช้ราคาตามใบกำกับภาษีมูลค่าเพิ่มที่ถูกต้องในใบเสนอราคา ไม่มีใบกำกับภาษีมูลค่าเพิ่ม ส่วนใบกำกับภาษีมูลค่าเพิ่มจากตลาด รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 3150

หมายเหตุ: ไม่มีใบกำกับภาษี 3000

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาต่อไปด้วย

รายชื่อกรรมการตรวจรับ (วงเงินไม่เกิน 5,000 บาท มีผู้ตรวจรับ 1 คน)

1. คุณ.นิลา เสงสูงเนิน 2. คุณ.พิภพวรรณ พุฒคอน 3. คุณ.ประภาพร รัตติวิจิตร

ลงชื่อ ประวิทย์
(นายแพทย์วิมล นันทพงษ์)
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ปฏิบัติงานคลังพัสดุ

ลงชื่อ [Signature]
(นายธรรมบุญ ฤทธิธรรม)
หัวหน้างานคลังพัสดุ

ความเห็นของผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบุญมาก

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

กำกับกรรมการจัดซื้อ

รับเอกสารอนุมัติ วันที่ 12/5/64

ติดต่อชื่อ วันที่ 19 พค 64

พิมพ์เอกสารจัดซื้อ วันที่.....

หน่วยรับซื้อ ส่งเอกสาร ให้คลัง วันที่.....

สินค้ามาส่ง วันที่ 19/5/64

รับสินค้า วันที่ 28/5/64

เสนอเงินสด วันที่.....

ส่งการเงิน วันที่.....

Note: โทรสาร.....

โทร..... 16

16 27 28 พค

รหัส	ชื่อ	ยี่ห้อ	ประเภท	ปริมาณ	หน่วย	ราคา/หน่วย	ราคา/ชุด	หมายเหตุ
40	Kolavirus	I san Fasy Rola strip	ชุดทดสอบ	25	กล่อง	1,337.50	53.50	ชุดเล็ก ฟาร์ม่า จำกัด (ลาโบตรอน)
31	ชุดตรวจ Melioidosis	Prime Test Melioidosis Rapid Test	ชุดทดสอบ	30	กล่อง	6,900.00	230.00	พริมา จำกัด
32	RSV Ag	Biosynex	ชุดทดสอบ	10	กล่อง	1,850.00	185.00	ดีบีเอส เอส ไทแอด นอสติคส์ จำกัด
33	Pregnancy Test Strip	EGENS	ชุดทดสอบ	50	กล่อง	145.00	2.90	แล็บมาสเตอร์ แอดวานซ์ จำกัด
34	Methamphetamine Strip 1,000 ng/ml	Methamphetamine Test Strip,i-Lab 1000	ชุดทดสอบ	50	กล่อง	300.00	6.00	ไอเมต ลาบอราทอรี จำกัด
35	Methamphetamine Strip 500 .ng/ml	Methamphetamine Test Strip,i-Lab 500	ชุดทดสอบ	50	กล่อง	350.00	7.00	ไอเมต ลาบอราทอรี จำกัด
36	36.1 ชุดตรวจกัญชา	Marijuana-Strip	ชุดทดสอบ	100	กล่อง	1,344.00	13.44	แอฟฟินิตี้ จำกัด
	36.2 ชุดตรวจกัญชา (กรณีอันดับ1 เปิดใบไม้ได้)	Quick THC Urine Cassete	ชุดทดสอบ	40	กล่อง	800.00	20.000	เฟิร์มเมอร์ จำกัด
37	Malaria IC	Humasis P.f/Pan card Test	ชุดทดสอบ	25	กล่อง	825.00	33.00	เมตซินเนอร์ จำกัด
3 ชุดทดสอบ								
	โรคไข้วัดยอต (Rheumatoid Factor)	Crypress	ชุดทดสอบ	100	Pack	650.00	6.50	ควอลิฟาย กรุป จำกัด

พิมพ์
วันที่
ปี

Quotation/ใบเสนอราคา

บริษัท ไอเมด ลาบอราทอรี จำกัด (สำนักงานใหญ่)

240 อาคารอโยธยา ทาวเวอร์ ห้องเลขที่ 240/2,240/41 ชั้นที่ 1,20 ถนนรัชดาภิเษก

แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

โทร. 0-2692-5244 โทรสาร 0-2692-5245

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0105544090661

Quotation No./ เลขที่ใบเสนอราคา : QIMED-121050402

Date Issued/ วันที่



To : ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

Fax. 044-490-074 Fax :

Name/ชื่อ : โรงพยาบาลหนองบุญมาก

Address/ที่อยู่ 198 ม.4 ถ.โชคชัย-เดชอุดม ต.หนองหัวแรด อ.หนองบุญมาก จ.นครราชสีมา 30410

From: คุณพรพิมล จำเริญทิพย
087-993-4727

NO. ลำดับ	ITEM CODE รหัสสินค้า	DESCRIPTION รายละเอียด	QUANTITY จำนวน	UNIT หน่วย	UNIT PRICE ราคาต่อหน่วย	DISCOUNT ส่วนลด	AMOUNT (THB) ราคา (บาท)
1	A100028	Meth Strip, 4.0 mm, Foll i+Lab 50 Tests (MET 500)	9	PACK50	350.00	-	3,150.00
					TOTAL BEFORE VAT / จำนวนเงินก่อนภาษีมูลค่าเพิ่ม DISCOUNT / ส่วนลด TOTAL AFTER DISCOUNT / จำนวนเงินหลังหักส่วนลด VAT / ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% GRAND TOTAL / จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น		2,943.93 0.00 2,943.93 206.07 3,150.00
สามพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน							

หมายเหตุ : -กำหนดยื่นราคา 90 วัน นับจากวันที่เสนอราคา

Terms/เงื่อนไขในการชำระ : เครดิต 90 วัน

-กำหนดส่งของภายใน 15 วัน

-ราคาดังกล่าวรวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7 % แล้ว

-กำหนดชำระเงิน วัน นับจากวันที่ส่งสินค้าแล้ว

บัญชีบริษัท ไอเมด ลาบอราทอรี จำกัด

ธนาคารกสิกรไทย สาขาลาดพร้าว 99 บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน

เลขที่บัญชี 100-1-04594-2

Approved

คุณพรพิมล



Date :

คุณพรพิมล จำเริญทิพย