



**บริษัท เซ็นทรัลโพลีเทรดดิ้ง จำกัด**  
CENTRAL POLY TRADING CO.,LTD.

**ตั้งใหม่แล้ว**

R6400279

ไม่ใช่ใบกำกับภาษี

Central Polytrading  
(ติดต่อสงขลา)

สำนักงานใหญ่ : 199/152 หมู่ 3 ต.เขารัตน์น้อย อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี 11000  
 สาขาที่ 00001 : 99/10 หมู่ 6 ต.เขานิวทอง-สุพรรณบุรี ต.ราชบุรีนิคม อ.ไทรน้อย จ.นนทบุรี 11150  
TEL. 0 2985 5855-7 FAX : 0 2985 5866  
E-mail : cpl\_pm@centralpolytrading.com www.centralpolytrading.com

**เอกสารออกเป็นชุด**

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0105516010941

ขายให้ SOLD TO 1A67270001 TAX ID 0994000507101 สำนักงานใหญ่ ร.พ. เขาค้อ 75 ม.1 ด. เขาค้อ อ.เขาค้อ จ.เพชรบูรณ์ 67270 โทร. 056-728075  Order Type : 211 Co. No. : 2121122739	ใบส่งของ/ใบแจ้งหนี้ INVOICE	เลขที่ 212124849/CEN
	แผนก DEPT	กำหนดการชำระเงิน TERMS DAYS
	พนักงานขาย SALESMAN DE06 เจษฎาลักษณ์	วันที่ DATE 25 ก.ค. 2556
	รหัสลูกค้า CODE 1A67270001	วันครบกำหนดชำระ DUE DATE

จำนวน Quantity	รายการสินค้า Description of Goods	ราคาหน่วยละ Unit Price	จำนวนเงิน Amount
20.00	COLCHILY 1x50x10 T 1A296/38-FBB1 D35145 B01 EXP.08/04/2025 (Colchicine 0.6 mg.)	130.00	2,600.00
20.00	POLYXIT CAP 1x50x10 C 1A334/35-FBB1 E35189 P10 EXP.13/05/2025 (Gemfibrozil 300 mg.)	285.00	5,700.00
100.00	CESOLINE W 1x50x10 T 1A699/38-FBB1 E35371 P11 EXP.24/05/2024 (Hydralazine HCl 25 mg.)	285.00	28,500.00

**การตรวจรับพัสดุ**

1. การบรรจุหีบห่อ  ดี  ชำรุด

2. จำนวนสินค้าที่สั่งซื้อ  ครบ  ไม่ครบ  เกิน

3. คุณภาพ  ถูกต้อง  ไม่ถูกต้อง

4. อายุการปฏิบัติงาน  >6 เดือน  <6 เดือน

หมายเหตุ.....  
มูลค่าสินค้า.....  
ภาษีมูลค่าเพิ่มอัตรา 7.00%.....

**ตรวจรับถูกต้อง**

1.

2.

3.

๑๑ / 7 64

ผู้รับของ   
29/7/64

ผู้ส่งของ   
จำนวนรวมทั้งสิ้น 36,800.00

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (สามหมื่นหกพันแปดร้อยบาทถ้วน)

If payment is made by cheque please pay by crossed cheque issued to "CENTRAL POLY TRADING CO.LTD." only  ถ้าชำระด้วยเช็ค โปรดจ่ายเช็คปิดคร่อม ในนามของบริษัท เซ็นทรัลโพลีเทรดดิ้ง จำกัด เท่านั้น	For and on behalf of Central Poly Trading Co., Ltd. ในนามของบริษัท เซ็นทรัลโพลีเทรดดิ้ง จำกัด   Authorized Signature (ลายเซ็น)	ชื่อพนักงานผู้ขายบัญชี ..... ใกล้เคียง DATE วันที่ .....  ชื่อพนักงานผู้ขายบัญชี ..... สติง DATE วันที่ .....
---	---	---



# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเขาค้อ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

ที่ พช.๐๐๓๒.๓๐๓/๑๓๖๘

วันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานขอซื้อขอยืม

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบูรณ์

ด้วย กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเขาค้อ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์มีความประสงค์ จะ ซื้อ colchicine ๖๐๐ mcg tablet, gemfibrozil ๓๐๐ mg capsule, hard, ๑ capsule, hydralazine hydrochloride ๒๕ mg coated tablet โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

## ๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เนื่องจากกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเขาค้อได้มีการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์มีโซ่ยาเพื่อนำ มาใช้ในการรักษาผู้ป่วย

## ๒. รายละเอียดของพัสดุ

- |   |       |     |       |
|---|-------|-----|-------|
| • colchicine ๖๐๐ mcg tablet                   | จำนวน | ๒๐  | กล่อง |
| • gemfibrozil ๓๐๐ mg capsule, hard, 1 capsule | จำนวน | ๒๐  | กล่อง |
| • hydralazine hydrochloride ๒๕ mg tablet      | จำนวน | ๑๐๐ | กล่อง |

๓. ราคาากลางของพัสดุที่จะซื้อจำนวน ๓๖,๘๐๐.๐๐ บาท (สามหมื่นหกพันแปดร้อยบาทถ้วน)

## ๔. วงเงินที่จะซื้อ

เงินนอกงบประมาณจาก จำนวน ๓๖,๘๐๐.๐๐ บาท (สามหมื่นหกพันแปดร้อยบาทถ้วน)

## ๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

๕.๑ รายการพิจารณาที่ ๑ colchicine ๖๐๐ mcg tablet, ๑ tablet (GPU)

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๖๐ วัน นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

๕.๒ รายการพิจารณาที่ ๒ gemfibrozil ๓๐๐ mg capsule, hard, ๑ capsule (GPU)

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๖๐ วัน นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

๕.๓ รายการพิจารณาที่ ๓ hydralazine hydrochloride ๒๕ mg film-coated tablet, ๑ tablet

(GPU)

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๖๐ วัน นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

## ๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจงเนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้

บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

ผู้ตรวจรับพัสดุ

๑. นางสาวกุลพรภัสร์ หมื่นจันทร์

ประธานกรรมการฯ

นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ

๒. นางสาวกัลยา สังข์เทศ

กรรมการ

เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน

๓. นางสาวอรพรรณ ยอดคำ

กรรมการ

เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน

อำนาจและหน้าที่

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงาน  
ขอชื่อดังกล่าวข้างต้น



(นางสาวรัชนิกร พรหมชินวงศ์)

เจ้าหน้าที่



(นางวรรพร เกียรติวุฒิมร)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่



(นายธีรพจน์ พิคน้อย)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาค้อ

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบูรณ์

ใบเสนอราคา

เรื่อง ขอเสนอราคาเวชภัณฑ์/ยา

เรียน ท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเขาค้อ ที่นับถือ

เนื่องด้วยทาง บริษัทเซ็นทรัลโพลีเทรดดิ้ง จำกัด ผู้จัดจำหน่ายเวชภัณฑ์/ยา ภายใต้การผลิตของ บริษัท ฟาร์มาสันต์แล็บบอราดอร์รี่ จำกัด ขอเสนอเวชภัณฑ์/ยา ดังมีรายการดังต่อไปนี้

<u>ชื่อยา</u>	<u>จำนวนยา</u>	<u>ขนาดบรรจุ</u>	<u>ราคาต่อหน่วย</u>	<u>จำนวนเงิน</u>
COLCHILY (Colchicine 0.6 mg.)	20x50x10T	1x50x10T	130.00	2,600.00
POLYXIT CAP (Gemfibrozil 300 mg.)	20x50x10C	1x50x10C	285.00	5,700.00
CESOLINE W (Hydralazine HCl 25 mg.)	100x50x10T	1x50x10T	285.00	28,500.00

มูลค่าสินค้า 34,392.52

ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7 % 2,407.48

จำนวนรวมทั้งสิ้น **36,800.00**

(สามหมื่นหกพันแปดร้อยบาทถ้วน)

กำหนดส่งของภายใน 5 วัน

ยื่นราคา 90 วัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและทางบริษัทฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านคงให้ความกรุณาอนุมัติซื้อ เวชภัณฑ์/ยา ดังกล่าวในโอกาสต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(๒๖๗๖)

(นายภากรณ์ วันทวี)

ผู้จัดการฝ่ายขาย



# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเขาค้อ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

ที่ พช.๐๐๓๒.๓๐๓/๑๔๔๘

วันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อสั่งจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบูรณ์

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อ colchicine ๖๐๐ mcg tablet, gemfibrozil ๓๐๐ mg capsule, hard, ๑ capsule, hydralazine hydrochloride ๒๕ mg coated tablet โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาที่เสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
๑. colchicine ๖๐๐ mcg tablet, ๑ tablet (GPU) จำนวน ๒๐ กล่อง/box(๕๐๐ tablet)	บริษัท เซ็นทรัลโพลีเทรตติ้ง จำกัด	๒,๖๐๐.๐๐	๒,๖๐๐.๐๐
๒. gemfibrozil ๓๐๐ mg capsule, hard, ๑ capsule (GPU) จำนวน ๒๐ กล่อง/box(๕๐๐ capsule)	บริษัท เซ็นทรัลโพลีเทรตติ้ง จำกัด	๕,๗๐๐.๐๐	๕,๗๐๐.๐๐
๓. hydralazine hydrochloride ๒๕ mg film-coated tablet, ๑ tablet (GPU) จำนวน ๑๐๐ กล่อง/box(๕๐๐ tablet)	บริษัท เซ็นทรัลโพลีเทรตติ้ง จำกัด	๒๘,๕๐๐.๐๐	๒๘,๕๐๐.๐๐
		รวม	๓๖,๘๐๐.๐๐

\* ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลเขาค้อพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อส่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว



(นางสาวรัชนิกร พรหมชินวงศ์)

เจ้าหน้าที่



(นางวรรณพร เกียรติวุฒิมร)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ



(นายธีรพงษ์ พิكن้อย)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาค้อ

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบูรณ์



ประกาศจังหวัดเพชรบูรณ์

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ชื่อ colchicine ๖๐๐ mcg tablet, gemfibrozil ๓๐๐ mg capsule, hard, ๑ capsule, hydralazine hydrochloride ๒๕ mg coated tablet โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่จังหวัดเพชรบูรณ์ โรงพยาบาลเขาค้อ ได้มีโครงการ ชื่อ colchicine ๖๐๐ mcg tablet, gemfibrozil ๓๐๐ mg capsule, hard, ๑ capsule, hydralazine hydrochloride ๒๕ mg coated tablet โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น

๑. colchicine ๖๐๐ mcg tablet, ๑ tablet (GPU) จำนวน ๒๐ กล่อง/box(๕๐๐ tablet) ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท เซ็นทรัลโพลีเทรตติ้ง จำกัด (ขายส่ง) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๒,๖๐๐.๐๐ บาท (สองพันหกร้อยบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

๒. gemfibrozil ๓๐๐ mg capsule, hard, ๑ capsule (GPU) จำนวน ๒๐ กล่อง/box(๕๐๐ capsule) ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท เซ็นทรัลโพลีเทรตติ้ง จำกัด (ขายส่ง) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๕,๗๐๐.๐๐ บาท (ห้าพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

๓. hydralazine hydrochloride ๒๕ mg film-coated tablet, ๑ tablet (GPU) จำนวน ๑๐๐ กล่อง/box(๕๐๐ tablet) ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท เซ็นทรัลโพลีเทรตติ้ง จำกัด (ขายส่ง) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๒๘,๕๐๐.๐๐ บาท (สองหมื่นแปดพันห้าร้อยบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายธีรพจน์ พิภน้อย)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาค้อ

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบูรณ์



### ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท เซ็นทรัลโพลิเทรตติ้ง จำกัด  
ที่อยู่ เลขที่ ๑๙๙/๑๕๒ หมู่ ๓  
ตำบลบางรักน้อย อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐  
โทรศัพท์ ๐-๒๙๘๕-๕๘๕๕ ต่อ ๑๒๓  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๑๖๐๑๐๙๔๑

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๑๔๘/๖๔  
วันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔  
ส่วนราชการ โรงพยาบาลเขาค้อ  
ที่อยู่ ๗๕ ม.๑ ตำบลเขาค้อ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์  
โทรศัพท์ ๐๕๖๗๒๘๐๗๕ ต่อ ๑๑๘

ตามที่ บริษัท เซ็นทรัลโพลิเทรตติ้ง จำกัด ได้เสนอราคา ใ้ต่อ โรงพยาบาลเขาค้อ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	colchicine 600 mcg tablet, 1 tablet (GPU)	๒๐	กล่อง/box	๑๓๐.๐๐	๒,๖๐๐.๐๐
๒	gemfibrozil 300 mg capsule, hard, 1 capsule (GPU)	๒๐	กล่อง/box	๒๘๕.๐๐	๕,๗๐๐.๐๐
๓	hydralazine hydrochloride 25 mg film-coated tablet, 1 tablet (GPU)	๑๐๐	กล่อง/box	๒๘๕.๐๐	๒๘,๕๐๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๓๖,๘๐๐.๐๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๒,๔๐๗.๔๘
(สามหมื่นหกพันแปดร้อยบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๓๙,๒๐๗.๔๘

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๔
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลเขาค้อ ๗๕ ม.๑ ตำบลเขาค้อ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ๖๗๒๗๐
- ระยะเวลาประกัน ๖๐ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ



หมายเหตุ :

๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย

๒. ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๔๐๕๗๒๗๖๔๕๓ ชื่อ colchicine ๖๐๐ mcg tablet, gemfibrozil ๓๐๐ mg capsule, hard, ๑ capsule, hydralazine hydrochloride ๒๕ mg coated tablet โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..........ผู้สั่งซื้อ

( นางวรพร เกียรติวิมร )

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔

ลงชื่อ..........ผู้รับใบสั่งซื้อ

( นางเจษฎาลักษณ์ วรรณภาค )

ผู้แทนจำหน่าย

วันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๔

เลขที่โครงการ ๖๔๐๕๗๒๗๖๔๕๓

เลขคุมสัญญา ๖๔๐๘๑๔๑๙๓๗๙๔

# ใบตรวจรับพัสดุ

เขียนที่ โรงพยาบาลเขาค้อ

วันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔

ตามหนังสือรายงานขอซื้อของจ้าง ที่ พย ๐๐๗๒.๓๐๖/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔ ได้แต่งตั้งให้ผู้มีรายนามและตำแหน่งข้างท้ายนี้ ดำเนินการตรวจรับเวชภัณฑ์ยา จำนวน ๓ รายการ ให้กับโรงพยาบาลเขาค้อ อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์

บัดนี้ คณะกรรมการผู้มีรายนามข้างท้ายนี้ได้พร้อมกันตรวจรับเวชภัณฑ์ยา ตามใบส่งของ บริษัท เซ็นทรัลโพลิเทรตติ้ง จำกัด เลขที่ ๒๑๒๑๒๔๘๔๔ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ จำนวน ๓ รายการ เป็นเงินทั้งสิ้น ๓๖,๘๐๐.๐๐ บาท (สามหมื่นหกพันแปดร้อยบาทถ้วน)

เห็นว่าปริมาณและคุณภาพถูกต้องครบถ้วนตามหลักฐานที่ตกลงกันไว้ เมื่อวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔ และส่งมอบให้แก่ นางสาวรัชนิกร พรหมชินวงศ์ เจ้าหน้าที่พัสดุ รับไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ) .....

นางสาวกุลพรภัสร์ หมื่นจันทร์

ประธานกรรมการ

(ลงชื่อ) .....

นางสาวกัลยา สังข์เทศ

กรรมการ

(ลงชื่อ) .....

น.ส.อรพรรณ ยอดคำ

กรรมการ

เสนอ หัวหน้าเจ้าหน้าที่

การตรวจรับการจัดซื้อ ดังกล่าวถูกต้องแล้ว เห็นควรเบิกจ่ายเงินให้ผู้ขายต่อไปด้วย

จักเป็นพระคุณ

(ลงชื่อ) .....

(นางสาวรัชนิกร พรหมชินวงศ์)  
เจ้าหน้าที่

ความเห็นของหัวหน้าเจ้าหน้าที่

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบูรณ์  
- เห็นควรอนุมัติ

(ลงชื่อ) .....

(นางวราพร เกียรติวุฒิมอร์)  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ได้รับพัสดุไว้ถูกต้องครบถ้วนแล้ว จำนวน ๓ รายการ เพื่อเบิกจ่ายต่อไป

(ลงชื่อ) .....

(นายสุบิน เบียนสันเทียะ)

ตำแหน่ง

เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน

ผู้รับของ

ความเห็นของผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบูรณ์

อนุมัติ

(ลงชื่อ) .....

(นายธีรพจน์ พิทักษ์น้อย)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาค้อ  
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบูรณ์

หัวหน้างานผู้รับของ

(ลงชื่อ) .....

(นางดัชรีย์ ขาญพิพัฒนชัย)

ตำแหน่ง

เภสัชกรชำนาญการ

หมายเหตุ:

เลขที่โครงการ ๖๔๐๕๗๒๗๖๔๕๓

เลขที่สัญญา ๖๔๐๘๑๔๑๙๓๗๙๔

เลขคุมตรวจรับ ๖๔๐๘A๑๒๗๔๕๒๕

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน  
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์  
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

( ตามใบส่งของ บริษัท เซ็นทรัลโพลีเทคดิง จำกัด เลขที่ ๒๑๒๑๒๔๘๔๙  
ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๔ จำนวน ๓ รายการ เป็นเงินทั้งสิ้น ๓๖,๘๐๐.๐๐ บาท  
(สามหมื่นหกพันแปดร้อยบาทถ้วน) )

ข้าพเจ้า	นางวรพร เกียรติวุฒิมร	หัวหน้าเจ้าหน้าที่
ข้าพเจ้า	นางสาวรัชนิกร พรหมชินวงศ์	เจ้าหน้าที่
ข้าพเจ้า	นางสาวกุลพรภัสร์ หมั่นจันทร์	คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ
ข้าพเจ้า	นางสาวกัลยา สังข์เทศ	คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ
ข้าพเจ้า	น.ส.อรพรรณ ยอดคำ	คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ  
ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์และ  
วางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ทุกเวลา  
มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติในหน่วยงานด้าน  
การจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๕๙

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือ ผู้ชนะประมูล  
หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม .....  
นางวรพร เกียรติวุฒิมร  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงนาม .....  
นางสาวกุลพรภัสร์ หมั่นจันทร์  
คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ลงนาม .....  
น.ส.อรพรรณ ยอดคำ  
คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ลงนาม .....  
นางสาวรัชนิกร พรหมชินวงศ์  
เจ้าหน้าที่

ลงนาม .....  
นางสาวกัลยา สังข์เทศ  
คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ



แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๑  
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค โรงพยาบาลเขาค้อ

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค  
โรงพยาบาลเขาค้อ

ชื่อหน่วยงาน โรงพยาบาลเขาค้อ

วัน/เดือน/ปี ๑ กันยายน ๒๕๖๔

หัวข้อ หลักฐานชุดใบสำคัญการเบิกจ่าย ไตรมาสที่ ๔ (กรกฎาคม ๒๕๖๔-กันยายน ๒๕๖๔) จำนวน ๒ ชุด  
(วงเงินตั้งแต่ ๕,๐๐๐ บาท ขึ้นไป แต่ไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท) และวงเงินสูงสุด

รายละเอียดข้อมูล(โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

หลักฐานชุดใบสำคัญการเบิกจ่าย ไตรมาสที่ ๔

- หลักฐานชุดจัดซื้อจัดจ้าง จำนวนเงิน ๓๘,๖๐๐ บาท
- หลักฐานชุดจัดซื้อจัดจ้าง จำนวนเงิน ๑๕๓,๒๐๐ บาท

หมายเหตุ

ผู้รับผิดชอบในการให้ข้อมูล

( นายอนุพงษ์ ไพชรพลาวุธ )

ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

วันที่.....๑...เดือน...กันยายน.....พ.ศ.๒๕๖๔

ผู้อนุมัติรับรอง

ชุลีพร พงษ์ปรีชา

( นางชุลีพร พงษ์ปรีชา )

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่.....๑...เดือน...กันยายน.....พ.ศ.๒๕๖๔

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

วรพล พรรณทอง

(..นายวรพล พรรณทอง..)

ตำแหน่ง..นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

วันที่.....๑๑...เดือน...มิถุนายน.....พ.ศ.๒๕๖๔