



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มงานการเงิน โทร 032-523000 ต่อ 8926

ที่ ปช 0032.205/ 3137

วันที่ ๒๕ มิ.ย. ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายค่ายา

ด้วยเงิน เงินบำรุง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

งานการเงินและบัญชี ได้ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข ที่ 1895/2561 ลงวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2561 ข้อ 1(4) จึงเห็นสมควรอนุมัติจ่ายเงินให้กับ

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ลำดับ	เลขที่ใบส่งของ	จำนวนเงิน	
1	ช. 64/00422	4,760.00	บาท
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		4,760.00	บาท
หักภาษี ณ ที่จ่าย 1 %		0.00	บาท
ค่าปรับ		0.00	บาท
คงเหลือรับจริง		4,760.00	บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายเงิน

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุมัติ

(นางสมร อุดรพูล)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

อนุมัติให้จ่ายเงินได้

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

ตรวจสอบถูกต้องแล้ว เห็นควรอนุมัติจ่ายเงิน

(นางพรทิพย์ อูไรรัตน์)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

(นายนิรันดร์ จันทร์ตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

บันทึกหลักฐานการจ่ายเงินข้างต้น

จ่ายเป็นเช็ค เงินสด (-)

ลงวันที่

จำนวนเงิน

เลขที่ เงินสด.

4,760.00

บาท

(นางสมร อุดรพูล)

ผู้เขียนเช็ค

(นางชมชัด อูเงิน)

ผู้ตรวจสอบ

ผู้อนุมัติ/ผู้สั่งจ่าย

จ่ายเงินแล้ว

(นางสมร อุดรพูล)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

วันที่ 06 มิ.ย. 2564

ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

วันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๖๓

ตาม ใบสั่งซื้อสั่งจ้าง เลขที่ ๖๔๐๐๐๔๖ ลงวันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๓ โรงพยาบาลหัวหิน ได้ตกลง ซื้อกับ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด สำหรับโครงการ ซื้อFentanyl Transdermal Patch ๒๕ มกค./ชม. โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๔,๗๖๐.๐๐ บาท (สี่พันเจ็ดร้อยหกสิบบาทถ้วน)

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏ ดังนี้

๑. ผลการตรวจรับ

- ถูกต้อง
- ครบถ้วนตามสัญญา
 - ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

๒. ค่าปรับ

- มีค่าปรับ
- ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๔,๗๖๐.๐๐ บาท

ข้าพเจ้า นางสาววิรัชญา ภิญญา
ได้รับมอบพัสดุ จำนวน.....1.....รายการ
จากคณะกรรมการฯไว้เรียบร้อยแล้ว
งชื่อ.....
เจ้าหน้าที่คลังยาและเวชภัณฑ์
วันที่..... 22 ต.ค. 2563

คณะกรรมการมีมติให้รับมอบทุกรายการ

(ลงชื่อ).....
(นางสาวจตุรรัตน์ วงศ์ศรีสกุล)

(ลงชื่อ).....
(นางสาวนภาพร จันทะรังษี)

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ เห็นควรเบิกจ่ายเงินให้แก่ผู้ขายต่อไป

(นางสาวอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(ลงชื่อ).....
(นายพันธวัฒน์ พุทธเกษม)

ทราบ
.....

(นายนิรันดร์ จันทระกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์



ใบแจ้งหนี้ / ใบกำกับภาษี / ใบส่งของ

ต้นฉบับ

เอกสารออกเป็นชุด

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
 กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด
 ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
 โทร. 0-2590-7732,0-2590-7736,0-2590-7739,0-2590-7781-4
 โทรสาร 0-2590-7731, 7734

วันที่ 14/10/2563

เลขที่ ช. 64/00422

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 099 4000165 676

สำนักงานใหญ่

โปรดชำระหนี้ให้ถ้วน

ชื่อผู้ซื้อ
 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สาขา สำนักงานใหญ่
 โรงพยาบาล หัวหิน
 นาย นิรันดร์ จันทร์ตระกูล
 30/2 ถ.เพชรเกษม ต.หัวหิน อ.หัวหิน
 จ.ประจวบคีรีขันธ์ 77110
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000241810

รหัสสถานที่ 24176

รหัสผู้ถือใบอนุญาติ 24178

เลขที่อ้างอิง 02-09943/2563

วันที่ขอซื้อ 09/10/2563

กำหนดชำระ 90 วัน

วันถึงกำหนด 12/01/2564

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน
1	Fentanyl patch Sandoz 25 mcg/tr (Hexal) (5 patch/box) KS6209	17 : box	280.00	4,760.00 (0.357 g)
<p>คณะกรรมการได้ตรวจรับสินค้า ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว</p> <p>ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ ลงชื่อ.....กรรมการ ลงชื่อ.....กรรมการ วันที่ 12 เดือน พ.ค. พ.ศ. 2563</p>		LA	0210	
				<p>นางสาว รุจิ ชัยเลิศชัย 26 ต.ค. 2563</p>

14-16

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) [สี่พันเจ็ดร้อยหกสิบบาทถ้วน] มูลค่าสินค้า 4,448.60
 เข้ารับแล้วโปรดส่งกลับคืนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 1 ใบ ด้วยตามใบส่งซื้อที่ : 02-09943/2563 จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% 311.40
 ได้รับส่งของตามรายการข้างบนนี้ครบถ้วนและสมบูรณ์แล้วขอชำระเงินภายในวันที่ : 12/01/2564 จำนวนเงินที่ต้องชำระทั้งสิ้น 4,760.00

หมายเหตุ: กรุณาชำระพร้อมใบกำกับภาษี/ใบส่งของ นายแพทย์ ชัยเลิศชัย นายแพทย์ ชัยเลิศชัย นายแพทย์ ชัยเลิศชัย นายแพทย์ ชัยเลิศชัย

ผู้รับยา ผู้ออกใบแจ้งหนี้/ ผู้ส่งยา
 (นางสาว รุจิ ชัยเลิศชัย) (นางสาว รุจิ ชัยเลิศชัย) (นางสาว รุจิ ชัยเลิศชัย)
 (.....) (.....) (.....)
 ใบกำกับภาษี/ใบส่งของ (.....)

* จำนวนยาในการสั่งซื้อโปรดระบุหน่วยเป็นหลอด เม็ด หรือ ขวด ให้ชัดเจน
 * ยาที่ซื้อไป ทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติดไม่รับเปลี่ยน หรือคืน



เลขกำกับเอกสาร 62 ข 013616

สำเนาใบแจ้งหนี้ / ใบกำกับภาษี / ใบส่งของ

สำเนา

เอกสารออกเป็นชุด

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
 กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด
 ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
 โทร. 0-2590-7732,0-2590-7736,0-2590-7739,0-2590-7781-4
 โทรสาร 0-2590-7731, 7734

วันที่ 11/10/2563

เลขที่ 24176

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 099 4000165 676

สำนักงานใหญ่

โปรดชำระหนี้ให้ด้วย

ชื่อผู้ซื้อ
 บริษัท เจริญรุ่งเรือง จำกัด
 101 หมู่ 10 ต.บางพลีใหญ่
 อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ
 โทร. 0-2999-1234
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 09940001234567

รหัสสถานที่ 24176

รหัสผู้ถือใบอนุญาต 24176

เลขที่คำขอซื้อ 02-09999-2563

วันที่ขอซื้อ 09/10/2563

กำหนดชำระ 90 วัน

วันถึงกำหนด 12/01/2564

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน
1	Paracetamol 500mg (Hexal) (5 match box)	17 box	1000	17000

ลงบันทึกการรับของแล้ว
 11/10/2563

มูลค่าสินค้า จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม
 จำนวนเงินที่ต้องชำระทั้งสิ้น 17000

หมายเหตุ: กรุณาชำระหนี้ภายในวันที่ 12/01/2564
 หากไม่ชำระหนี้จะส่งฟ้องศาลจังหวัดนนทบุรี เพื่อดำเนินการบังคับคดี

ผู้รับยา () ผู้ออกใบแจ้งหนี้/ ใบกำกับภาษี/ ใบส่งของ () ผู้ส่งยา ()

* จำนวนยาในการสั่งซื้อโปรดระบุหน่วยเป็นหลอด เม็ด หรือ ขวด ให้ชัดเจน
 * ยาที่ซื้อไป ทางสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติดไม่รับเปลี่ยน หรือคืน

17x5
 ✓



A Sandoz Brand

Certificate of Analysis
 Analysenzertifikat - Certificat d'analyse

Präparat - product - produit Sandoz Fentanyl 25 mcg/h, 5 patches Thailand
Charge - batch No. - charge No. KS6209 ✓
Prüfdatum - testing date - date d'examination 07/2020
Kontrolllabor - control laboratory - laboratoire de contrôle HEXAL AG

Prüfungen: tests contrôles	Forderungen: norms normes	Ergebnisse: results résultats
Appearance: ✓	Dull, homogenous, rectangular TDDS on release liner (32.5/x 32.5, mm); "Fentanyl 25, mcg/h" printed on the backing foil dimension: 10.5 cm ² ± 10.0 %	conforms 10.5 cm ²
Crystals: (QKPVZB-0308)	≤ 2.0 %	0.0 % ✓
Adhesive strength: ¹⁾ (QKPVZB-0262)	1 - 20 N	11 N ✓
Identification: HPLC (QKPVZB-0304)	The retention time of the major peak of the sample solution must correspond to that of the reference solution ✓	conforms ✓
UV ¹⁾ (QKPVZB-0303)	The UV spectrum of the test solution must correspond with the one of the reference solution	conforms ✓
Assay: Fentanyl (QKPVZB-0304)	90.0 - 110.0 %	96.4 % ✓
Uniformity of dosage units: ✓	must conform Ph. Eur. 2.9.40	conforms; AV = 4.5 ✓
Impurities: ¹⁾ (QKPVZB-0303) any unspecified impurity: total of impurities:	max. 0.3 % max. 1.0 %	< 0.10 % ✓ < 0.10 % ✓
Dissolution: ¹⁾ (QKPVZB-0302)	µg/cm ² /h 0 - 0.5 h: 240 - 360 0.5 - 1 h: 60 - 195 1 - 6 h: 20 - 44	µg/cm ² /h 312 (309 - 316) ✓ 126 (124 - 130) ✓ 33 (31 - 34) ✓
Residual solvents: ¹⁾ Ethylacetate (QKPVZB-0307)	≤ 5000 ppm ✓	265 ppm ✓
Microbiological purity: ²⁾	must conform Ph.Eur., 5.1.4	conforms ✓

Remarks: 1) Tested on the laminate (intermediate) 2) At least one batch per year

Released:

Expiry Date: 01/2022 ✓
 Manufacturing Date: 02/2020

Faderl
 Michael

Digitally signed by Faderl Michael
 DN: surname, givenName, o=Sandoz,
 ou=17, cn=Faderl Michael
 Reason: I am approving this document
 Date: 2020.07.27 16:43:36 +02'00'

Dr. Michael Faderl
 Qualified Person

I hereby certify that all the manufacturing stages of this batch of finished product have been carried out in full compliance with the GMP requirements of the EU and with the requirements of the Marketing Authorisation of the destination country.



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด
ที่อยู่ เลขที่ ๘๘/๒๔ ถนนติวานนท์
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐-๒๕๙๐-๗๗๘๑
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๙๙๔๐๐๐๑๖๕๖๗๖

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๖๔๐๐๐๔๖
วันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๓
ส่วนราชการ โรงพยาบาลหัวหิน
ที่อยู่ ๓๐/๒ ถ.เพชรเกษม ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัด
ประจวบคีรีขันธ์
โทรศัพท์ ๐๓๒๕๒๓๐๐๐

ตามที่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลหัวหิน ซึ่งได้รับ
ราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	Fentanyl Transdermal Patch ๒๕ มกก./ชม.	๑๗	กล่อง/box	๓๐๐.๐๐	๕,๑๐๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๕,๗๖๖.๓๖
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๓๓๓.๖๔
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๕,๑๐๐.๐๐
(ห้าพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน)					


การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลหัวหิน ๓๐/๒ ถ.เพชรเกษม
- ระยะเวลาประกัน ๑ ปี
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสิ่งของ
ที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้
ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา
เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
๒. ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๓๑๐๗๐๗๗๔๕๕ ชื่อ Fentanyl Transdermal Patch ๒๕ มก./ชม. โดยวิธี


เฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..........ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวอรอนงค์ หงษ์ขุมแพ)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๓

ลงชื่อ..........ผู้รับใบสั่งซื้อ

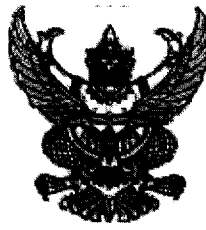
(นางชลลดา วงษ์ถาวร)

ผู้ขาย

วันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๓

เลขที่โครงการ ๖๓๑๐๗๐๗๗๔๕๕

เลขคุมสัญญา ๖๓๑๐๑๔๑๐๙๗๖๒



ประกาศจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ชื่อ Fentanyl Transdermal Patch ๒๕ มกก./ชม. โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที โรงพยาบาลหัวหิน ได้มีโครงการซื้อ Fentanyl Transdermal Patch ๒๕ มกก./ชม. โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น

Fentanyl Transdermal Patch ๒๕ มกก./ชม. จำนวน ๑๗ กล่องผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยาเสพติด โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๕,๑๐๐.๐๐ บาท (ห้าพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายนิรันดร์ จันทรตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลหัวหิน

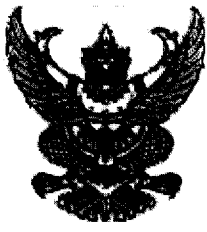
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๒

สำหรับหน่วยงานในราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลหัวหิน	
ชื่อหน่วยงาน : งานเภสัชกรรมโรงพยาบาลหัวหิน	
วันที่/เดือน/ปี : วันที่ ๗ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓	
หัวข้อ : ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ชื่อวัสดุครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์และการแพทย์ จำนวน ๑ รายการ	
รายละเอียดข้อมูล (สรุปหรือเอกสารแนบ)	
ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ชื่อวัสดุครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์และการแพทย์ จำนวน ๑ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ วงเงินจำนวน ๕,๑๐๐.๐๐ บาท (ห้าพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน) : โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	
Linkภายนอก : ไม่มี	
หมายเหตุ :	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล	ผู้อนุมัติรับรอง
นางสาวอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ	นายนิรันดร์ จันทรตระกูล
(นางสาวอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ)	(นายนิรันดร์ จันทรตระกูล)
ตำแหน่ง เภสัชกรเชี่ยวชาญ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน
วันที่ ๘ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓	วันที่ ๘ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่	
นางสาวอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ	
(นางสาวอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ)	
ตำแหน่ง เภสัชกรเชี่ยวชาญ	
วันที่ ๘ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓	



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มงานเภสัชกรรม โทร ๐ ๓๒๕๒ ๓๐๐๐ ต่อ ๔๙๑๑

ที่ ปช ๐๐๓๒.๒๐๑/๑๔๘๘๕

วันที่ ๘ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อสั่งจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (โดยอำนาจผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน)

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อ Fentanyl Transdermal Patch ๒๕ มก./ชม. โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาข้อเสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
Fentanyl Transdermal Patch ๒๕ มก./ชม. จำนวน ๑๗ x ๕ แผ่น	สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา กลุ่มเงินทุนหมุนเวียนยา เสพติด	๕,๑๐๐.๐๐	๕,๑๐๐.๐๐
รวม			๕,๑๐๐.๐๐

* ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลหัวหินพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อสั่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

(นางสาวอรอนงค์ หงษ์ซุมแพ)

เภสัชกรเชี่ยวชาญ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายนิรันดร์ จันทรตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

(นายนิรันดร์ จันทรตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มงานเภสัชกรรม โทร ๐ ๓๒๕๒ ๓๐๐๐ ต่อ ๔๙๑๑ ๖๖๖๖๖๖๖๖

ที่ ปช ๐๐๓๒.๒๐๑/๒๕๖๓

วันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานขอซื้อของจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (โดยอำนาจผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน)

ด้วยโรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มงานเภสัชกรรม มีความประสงค์จะซื้อ Fentanyl Transdermal Patch ๒๕ มกค./ชม. โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

- ยาในคลังเหลือต่ำกว่าจุดสั่งซื้อ เพื่อสำรองคลัง และให้บริการรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

๒. รายละเอียดของพัสดุ

- Fentanyl Transdermal Patch ๒๕ มกค./ชม. จำนวน ๑๗ x ๕ แผ่น

ราคากล่องละ ๓๐๐.๐๐ บาท/๕ แผ่น

๓. ราคากลางของพัสดุที่จะซื้อ

- จำนวน ๕,๑๐๐.๐๐ บาท (ห้าพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะซื้อ

- เงินนอกงบประมาณจาก จำนวน ๕,๑๐๐.๐๐ บาท (ห้าพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

- กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๓๐ วันทำการ นับถัดจากวันลงนามใน

สัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

- ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจง มาตรา ๕๖ (๒) (ซ) กรณีอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง เนื่องจากเป็นการจัดซื้อจัดจ้างสินค้า งานบริการ หรืองานก่อสร้าง ที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท ให้ใช้วิธีเฉพาะเจาะจง

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

- การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

/คณะกรรมการ...

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------|
| ๑. นางสาวจตุรรัตน์ วงศ์ศรีสกุล | ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ | ประธานกรรมการ |
| ๒. นางสาวนภาพร จันดีรังษี | ตำแหน่งนักกายภาพบำบัดชำนาญการ | กรรมการ |
| ๓. นายพันธวัฒน์ พุทธิเกษม | ตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ | กรรมการ |

อำนาจและหน้าที่

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียด
ในรายงานขอซื้อดังกล่าวข้างต้น

(นางสาวอัญชลี กุศลสนอง)

เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน

เจ้าหน้าที่

(นางสาวอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ)

เภสัชกรเชี่ยวชาญ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายนิรันดร์ จันทรตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

(นายนิรันดร์ จันทรตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

คุณลักษณะของ

Fentanyl transdermal patch 25 mcg./hour

๑. ชื่อยา Fentanyl transdermal patch 25 mcg./hour

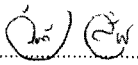
๒. คุณสมบัติทั่วไป


- ๒.๑ รูปแบบ เป็นแผ่นยาสำหรับปิดผิวหนัง
- ๒.๒ ส่วนประกอบ ประกอบด้วยตัวยา Fentanyl ที่ปลดปล่อยตัวยาปริมาณ 25 mcg./hour
- ๒.๓ ภาชนะบรรจุ ซองปิดสนิท
- ๒.๔ ฉลาก ระบุชื่อยา ส่วนประกอบตัวยาสำคัญ และความแรง วันผลิต วันสิ้นอายุ เลขที่ผลิต ไว้
อย่างชัดเจน


๓. คุณสมบัติทางเทคนิค

ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพเป็นไปตาม finished product specification


หัวข้อ	Test Items	Specifications
๑	Identification	Complied with finished product specification
๒	Assay	90.0 – 110.0 % of the labeled amount of Fentanyl
๓	Uniformity of dosage unit	Complied with finished product specification
๔	Adhesive strength	1-20 N
๕	Dissolution	Complied with finished product specification
๖	Residual Solvent : Ethylacetate	≤5000 ppm
๗	Microbiological impurity	Complied with finished product specification
๘	Impurities : Any unspecified impurity	Max 0.3 %

ลงชื่อ..........ประธานกรรมการ
(นางสาววันดี สำเร็จ)
เภสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ..........กรรมการ
(นางสาวสกนวรรณ พวงหอม)
เภสัชกรชำนาญการ

ลงชื่อ..........กรรมการ
(นางสาวปิยฉัตร จุฬรัชเชียร)
เภสัชกรปฏิบัติการ

ลำดับ	รหัส	รายการ	ขนาดบรรจุ	หน่วย	อัตราใช้ ปี 61	อัตราใช้ ปี 62	อัตราใช้ ปี 63	ปริมาณการจัดซื้อ ปี 64	ราคาหน่วย	ไตรมาสที่ 1 (ค.ค.-ธ.ค.)	ไตรมาสที่ 2 (ม.ค.-มี.ค.)	ไตรมาสที่ 3 (เม.ย.-มิ.ย.)	ไตรมาสที่ 4 (ก.ค.-ก.ย.)
190	1040700	SODIUM VALPROATE INJ. 400 MG/4 ML (DEPAKIN)	ED 1	VIAL	3,670	1,820	1,000	2600	349.89	650	650	650	650
191	1040720	GABAPENTIN 400 MG (VULTIN)	ED 100	CAP	3,165	2,065	2,260	4200	428.00	1,100	1,000	1,100	1,000
192	1040730	GABAPENTIN 100 MG CAP	ED 100	CAP	4,029	2,730	3,114	5500	149.80	1,400	1,350	1,400	1,350
193	1040770	LEVETIRACETAM FC. TAB 500 MG (KEPPRA)	ED 60	TAB	2,230	2,149	3,125	5380	900.00	1,350	1,340	1,350	1,340
194	1040780	RISPERIDONE 1 MG TAB	ED 60	TAB	1,443	960	1,235	2080	120.00	520	520	520	520
195	1040790	METHYL PHENIDATE 18 MG (CONCERTA)	NED 30	TAB	105	54	133	220	2,400.00	55	55	55	55
196	1040800	LEVODOPA+BENSERAZIDE 200/50 TAB (VOPAR)	ED 100	TAB	452	314	525	870	820.00	220	215	220	215
197	1040900	ยาต้านชัก	ED 200	CAP	5	1	4	20	200.00	5	5	10	0
198	1040930	ยาชงรังสิต	ED 10	SAC	24	0	0	30	35.00	10	10	10	0
199	1040940	ยาชงเม็ดดอกขาว ลดความดันโลหิต	ED 20	SAC	16	0	0	30	80.00	10	10	10	0
200	1040960	MORPHINE IR TAB 10 MG	ED 100	TAB	67	48	35	54	100.00	14	13	14	13
201	1040980	ยาหอมวิญญู 15 กรัม	ED 1	BOTT	10	0	5	80	35.00	40	20	20	0
202	1041010	METHYL PHENIDATE 27 MG TAB (CONCERTA)	NED 30	TAB	67	39	127	300	2,700.00	75	75	75	75
203	1041370	PHENOBARBITAL INJ 200 MG/ML	ED 10	AMP	265	180	190	30	1,100.00	0	10	10	10
204	1041380	ยาหอมเทหจิตร์ แคปซูล 500 มก	ED 100	CAP	50	0	10	100	200.00	40	30	30	0
205	1041390	SODIUM VALPROATE 200 MG.CHRONO (ENCORATE)	ED 100	TAB	115	133	90	220	330.00	55	55	55	55
206	1041400	FENTANYL TRANSFERMAL PATCH 25 mcg/hr	ED 5	PIECE	70	79	48	110	300.00	27	28	27	28
207	1041510	NORTRIPTYLINE 25 MG TAB	ED 1000	TAB	n/a	0	16	36	860.00	8	10	8	10
208	1041610	ROPINIROLE 2 MG TAB(REQUIP)	ED 28	TAB	n/a	0	68	140	299.60	35	35	35	35
209	1050010	ACYCLOVIR TAB 200 MG (VILERM)	ED 25	TAB	1,764	1,300	1,464	2040	44.94	520	500	520	500
210	1050020	ALBENDAZOLE SUSP.100 MG/5 ML, 20 ML	ED 1	BOTT	205	180	90	150	11.00	0	50	50	50
211	1050030	ALBENDAZOLE TAB 200 MG (FALBEN)	ED 100	TAB	171	47	168	140	165.00	35	35	35	35
212	1050070	AMIKACIN INJ.500 MG/2 ML (SIAMIK)	ED 100	VIAL	22	15	13	30	1,605.00	8	7	8	7
213	1050080	AMOXYCILLIN 1000+CLAV.200 INJ(1.2G) AMK	ED 1	VIAL	6,640	3,067	3,030	6200	28.89	1,600	1,500	1,600	1,500



(นายวิวัฒน์ จันทร์ตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าพัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า.....นางสาวอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ.....(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

ข้าพเจ้า.....นางสาวอัญชลี กุศลสนอง.....(เจ้าหน้าที่)


ข้าพเจ้า.....นางสาวจุติรัตน์ วงศ์ศรีสกุล.....(ประธานคณะกรรมการตรวจรับ)


ข้าพเจ้า.....นางสาวนภาพร จันตะรังษี.....(กรรมการตรวจรับ)


ข้าพเจ้า.....นายพันธวัฒน์ พุทธิเกษม.....(กรรมการตรวจรับ)


ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๕๙

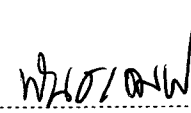
หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม.....
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

ลงนาม.....
(เจ้าหน้าที่)

ลงนาม.....
(ประธานกรรมการตรวจรับ)

ลงนาม.....
(กรรมการตรวจรับ)

ลงนาม.....
(กรรมการตรวจรับ)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มงานเภสัชกรรม โทร. ๐-๓๒๕๒-๓๐๐๐ ต่อ ๔๔๑๑ โทรสาร ๐-๓๒๕๔-๓๓๕๐

ที่ ปช.๐๐๓๒.๒๐๑/๑๔๙๔๗ วันที่ ๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติเห็นชอบรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของยา การกำหนดราคากลางยา และการกำหนด
หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอในการดำเนินการจัดซื้อยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เพื่อใช้ในการจัดซื้อยา
ด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (โดยอำนาจผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน)

๑. เรื่องเดิม

๑.๑ ด้วยกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหัวหิน มีความประสงค์จะดำเนินการจัดซื้อยา
ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๘๒๖ รายการ (ตั้งเอกสารหมายเลข ๑) ด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลหัวหิน โดยวิธีเฉพาะเจาะจง
เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลหัวหิน

๑.๒ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ได้มีคำสั่งที่ ๐๙๖๘๔/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๙ เดือน กันยายน พ.ศ.๒๕๖๓
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของยา การกำหนดราคากลางยา และการกำหนดหลักเกณฑ์
การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอในการดำเนินการจัดซื้อยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๘๒๖ รายการ (ตั้งเอกสารหมายเลข ๑)
โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลหัวหิน เพื่อใช้ในราชการ ณ โรงพยาบาลหัวหิน

๒. ข้อเท็จจริง

๒.๑ คณะกรรมการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของยา การกำหนดราคากลางยา และการกำหนด
หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอในการดำเนินการจัดซื้อยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๘๒๖ รายการ
โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ตามคำสั่งจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ ๐๙๖๘๔/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๙ เดือน กันยายน พ.ศ.๒๕๖๓
ได้ดำเนินการจัดทำรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ, ราคากลางของยาและหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ
ในการดำเนินการจัดซื้อ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เรียบร้อยแล้ว

๒.๒ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหัวหิน จะมีการจัดซื้อยาในปีงบประมาณ ๒๕๖๔
จำนวน ๘๒๖ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลหัวหิน

๓. กฎหมายระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๓.๑ ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐
ข้อ ๒๑ ในการซื้อหรือจ้างที่มีใช้การจ้างก่อสร้าง ให้หัวหน้าหน่วยงานของรัฐแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาคณะหนึ่ง
หรือจะให้เจ้าหน้าที่หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งรับผิดชอบในการจัดทำร่างขอบเขตของงานหรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ
ของพัสดุที่จะซื้อหรือจ้าง รวมทั้งกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอด้วย

๕. ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาตามข้อ ๔ หากเห็นชอบ โปรดลงนาม ในบันทึกขออนุมัติ เห็นชอบรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของยา, ราคากลางของยาและหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ ในการดำเนินการจัดซื้อยาในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๘๒๖ รายการ เพื่อใช้ในการจัดซื้อนี้

ลงชื่อ.....อัญชลี.....เจ้าหน้าที่

(นางสาวอัญชลี กุศลสนอง)

เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน

ลงชื่อ.....[Signature].....หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นางสาวอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ)

เภสัชกรเชี่ยวชาญ

ลงชื่อ.....[Signature].....

(นายนิรันดร์ จันทร์ตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

[Signature]

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

[Signature]

(นายนิรันดร์ จันทร์ตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

สำเนาคุณใบ

คำสั่งจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ที่ ๐๙/๙๘/๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของยา การกำหนดราคากลางยา และการกำหนดหลักเกณฑ์
การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอในการดำเนินการจัดซื้อยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

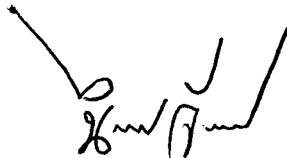
ด้วยจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีความประสงค์ขอดำเนินการจัดซื้อยาในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๘๒๖ รายการ (ดังเอกสารหมายเลข ๑) เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการใช้ยาในการรักษาโรคเพิ่มมากขึ้น ณ โรงพยาบาลหัวหิน ด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลหัวหิน โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งยังไม่มีคุณลักษณะเฉพาะของยา การกำหนดราคากลาง และการกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอในการดำเนินการจัดซื้อยา ฉะนั้น เพื่อให้การจัดซื้อยาจำนวน ๘๒๖ รายการ เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของยา การกำหนดราคากลางยา และการกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอในการดำเนินการจัดซื้อยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

- | | | | |
|-------------------------------|--------|-------------------|---------------|
| ๑.) นางสาววันดี | สำเร็จ | เภสัชกรชำนาญการ | ประธานกรรมการ |
| ๒.) นางสาวสกนวรรณ พวงหอม | | เภสัชกรชำนาญการ | กรรมการ |
| ๓.) นางสาวปิยฉัตร จุฬรัชเชียร | | เภสัชกรปฏิบัติการ | กรรมการ |

ให้คณะกรรมการฯ ที่ได้รับแต่งตั้งปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยเคร่งครัด

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายนิรันดร์ จันทร์ตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

รองผู้ว่าราชการจังหวัด.....วันที่...../...../.....
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....วันที่...../...../.....
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....วันที่...../...../.....
หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป.....วันที่...../...../.....
เจ้าหน้าที่พิมพ์ / ทาน.....วันที่...../...../.....

และงานจ้างออกแบบหรือควบคุมงานก่อสร้าง การเช่า การบริหารสัญญาและการตรวจรับพัสดุ และการบริหารพัสดุทุกขั้นตอน และทุกวิธีจนเสร็จสิ้นกระบวนการรวมทั้งการจัดทำนิติกรรมสัญญา การแก้ไขสัญญา การออกหนังสือรับรองผลงาน การถอนหลักประกันสัญญา ภายในวงเงิน ดังนี้ ๑.๕ มอบอำนาจในการสั่งซื้อสิ่งจ้าง ด้วยเงินบำรุงของสถานบริการสาธารณสุข (ยกเว้น เงินบริจาค) ให้แก่ ๑.๕๓ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ตามวิธีการซื้อหรือการจ้าง ภายในวงเงินไม่เกิน ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท


๔. ข้อพิจารณา

เพื่อประโยชน์ของทางราชการ ให้การดำเนินการจัดซื้อยาเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และถูกต้อง เห็นควรแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของยา การกำหนดราคากลางยา และการกำหนดหลักเกณฑ์ การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอในการดำเนินการจัดซื้อยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๘๒๖ รายการ ด้วยเงินบำรุง-โรงพยาบาลหัวหิน โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยบุคคลตำแหน่งดังต่อไปนี้

- | | | | |
|-------------------------------|--------|-------------------|---------------|
| ๑.) นางสาววันดี | สำเร็จ | เภสัชกรชำนาญการ | ประธานกรรมการ |
| ๒.) นางสาวสกนวรรณ พวงหอม | | เภสัชกรชำนาญการ | กรรมการ |
| ๓.) นางสาวปิยฉัตร จุฬรัชเชียร | | เภสัชกรปฏิบัติการ | กรรมการ |

๕. ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ตามข้อ ๔ หากเห็นชอบ โปรดลงนาม ในคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ กำหนดคุณลักษณะเฉพาะของยา การกำหนดราคากลางยา และการกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ ในการดำเนินการจัดซื้อยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๘๒๖ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ที่เสนอมาร่วมนี้

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่

(นางสาวอัญชลี กุศลสนอง)

เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน

ลงชื่อ..........หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นางสาวอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ)

เภสัชกรเชี่ยวชาญ

ลงชื่อ..........

(นายนิรันดร์ จันทระกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

(นายนิรันดร์ จันทระกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน ปฏิบัติราชการแทน

.....