



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มงานการเงิน โทร 032-523000 ต่อ 8926

ที่ ปช 0032.205/ 144

วันที่

04 ก.พ. 2564

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายค่ายา

ด้วยเงิน ประกันสุขภาพ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

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

บริษัท เจ เอส วิชั่น จำกัด

ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ลำดับ	เลขที่ใบส่งของ	จำนวนเงิน
1	100263565	31,896.70 บาท
2	100263620	12,711.60 บาท
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		44,608.30 บาท
หักภาษี ณ ที่จ่าย 1 %		416.90 บาท
ค่าปรับ		0.00 บาท
คงเหลือรับจริง		44,191.40 บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายเงิน

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุมัติ

(นางสมร อุดรพูล)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

ตรวจสอบถูกต้องแล้ว เห็นควรอนุมัติจ่ายเงิน

(นางพรทิพย์ อุไรรัตน์)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

อนุมัติให้จ่ายเงินได้

(นายนิรันดร์ จันทร์ตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

บันทึกหลักฐานการจ่ายเงินข้างต้น

จ่ายเป็นเช็ค ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาหัวหิน (435-2-14195-9 เลขที่ 43355633

ลงวันที่

จำนวนเงิน

44,191.40

บาท

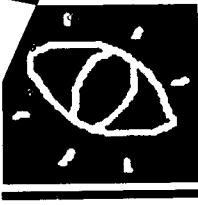
ผู้เขียนเช็ค

(นางสมร อุดรพูล)

ผู้ตรวจสอบ

(นางสาวชุติมณฑน์ พุ่มฉัตร)

ผู้อนุมัติ/ผู้สั่งจ่าย



J.S. VISION LTD.

บริษัท เจ เอส วิชั่น จำกัด (สำนักงานใหญ่)

23 ซอยบางนา-ตราด 25 แขวงบางนาเหนือ เขตบางนา กรุงเทพฯ 10260

โทร. 0-2367-2333 โทรสาร 0-2769-5442

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0105538109282 ทะเบียนการค้า 0105538109282

ใบเสร็จรับเงิน
OFFICIAL RECEIPT

02838

รหัสลูกค้า CUSTOMER NO.	2941001
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี: 0994000547986	สำนักงานใหญ่
ชื่อและที่อยู่ลูกค้า CUSTOMER NAME AND ADDRESS	โรงพยาบาล หัวหิน
อ.หัวหิน	
จ.ประจวบคีรีขันธ์ (032-520-401, 547-351) 77110	

ผู้ติดต่อและส่งที่ PERSON TO CONTRACT AND SHIP TO	(12)-คลังยา
---------------------------------------------------	-------------

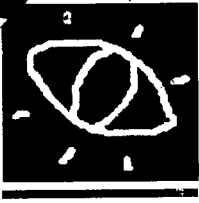
เลขที่ NUMBER	100263565
วันที่ DATE	17 ก.พ. 2564
ไม่ใช่ใบกำกับภาษี	
เอกสารออกเป็นชุด	

เลขที่ใบสั่งซื้อ ORDER NO.	เลขที่ใบสั่งซื้อของลูกค้า CUST. PO. NO.	เงื่อนไขการชำระเงิน CREDIT TERM	วันครบกำหนด DUE DATE	รหัสและชื่อพนักงานขาย SALES REP.NO.AND NAME	เขต AREA	หน้า PAGE
100263049	30563			S620596-นันทพ ท.	806	1 / 1

รหัสสินค้า PRODUCT CODE	รายการสินค้า / บริการ PRODUCT / SERVICE DESCRIPTION	หน่วยสินค้า UNIT	จำนวน QUANTITY	ราคาต่อหน่วย UNIT PRICE	ส่วนลด DIS%	จำนวนเงิน AMOUNT
582527	TRACRIUM 10 MG./ML.5ML.X 5AMP.(TPU769070-GPU1013098) Lot. 3J5K Exp.29/03/2021 จ่ายเงินแล้ว <i>(นางสมร อุดรพุด)</i> เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีสำนักงาน 17 ก.พ. 2564 วันที่.....	กล่อง	55	579.94		31,896.70

หมายเหตุ : 30563 PAID	รวมเงินค่าสินค้า / บริการ TOTAL	31,896.70
	ส่วนลดการค้า TRADE DISCOUNT	
	รวมเงินก่อนภาษีมูลค่าเพิ่ม TOTAL BEFORE VALUE ADDED TAX	29,810.00
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม VALUE ADDED TAX 7%	2,086.70
(สามารถยื่นหนึ่งพันแปดร้อยเก้าสิบหกบาทเจ็ดสิบสตางค์)	ยอดรวมสุทธิ NET TOTAL	31,896.70

1. ได้รับสินค้าในสภาพเรียบร้อยและจำนวนถูกต้องตามรายการข้างต้นนี้แล้ว 2. ได้รับทราบกำหนดเวลาชำระเงินตามที่ระบุไว้ข้างต้นแล้ว หากชำระเกินกำหนด เวลาดังกล่าว ยินยอมให้บริษัทหักดอกเบี้ย ในอัตราร้อยละ 15 ต่อปี หรือ สูงสุดตามที่กฎหมายกำหนด ได้รับสินค้าไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว	ในนามบริษัทฯ ขอขอบคุณ <i>K</i>	ในกรณีที่ชำระด้วยเช็ค โปรดส่งจ่าย "บริษัท เจ เอส วิชั่น จำกัด" โดยขีดคร่อมและขีดมา "หรือผู้ถือ" ใบเสร็จรับเงินนี้ จะสมบูรณ์เมื่อเรียกเก็บเงินตามเช็คได้เรียบร้อยแล้ว
	วันที่ _____	ชำระด้วย <input type="checkbox"/> เงินสด <input type="checkbox"/> เช็ค <input type="checkbox"/> คราฟท์
ผู้รับของ _____	ธนาคาร _____ สาขา _____	เลขที่ _____ วันที่ _____
วันที่ _____	จำนวนเงินสุทธิ _____	ผู้รับเงิน <i>PK</i> _____ วันที่ _____



J.S. VISION LTD.

02839

ใบเสร็จรับเงิน
OFFICIAL RECEIPT

บริษัท เจ เอส วิชั่น จำกัด (สำนักงานใหญ่)

23 ซอยบางนา-ตราด 25 แขวงบางนาเหนือ เขตบางนา กรุงเทพฯ 10260

โทร. 0-2367-2333 โทรสาร 0-2769-5442

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0105538109282 ทะเบียนการค้า 0105538109282

รหัสลูกค้า CUSTOMER NO.	2941001
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี: 0994000547986	สำนักงานใหญ่
ชื่อและที่อยู่ลูกค้า CUSTOMER NAME AND ADDRESS	โรงพยาบาล หัวหิน
อ.หัวหิน	
จ.ประจวบคีรีขันธ์ (032-520-401, 547-351) 77110	

ผู้ติดต่อและสิ่งที่ PERSON TO CONTRACT AND SHIP TO	(12)-คลังยา
----------------------------------------------------	-------------

เลขที่ NUMBER	100263620
วันที่ DATE	17 ก.พ. 2564
ไม่ใช่ใบกำกับภาษี	
เอกสารออกเป็นชุด	

เลขที่ใบสั่งซื้อ ORDER NO.	เลขที่ใบสั่งซื้อของลูกค้า CUST. PO. NO.	เงื่อนไขการชำระเงิน CREDIT TERM	วันครบกำหนด DUE DATE	รหัสและชื่อพนักงานขาย SALES REP.NO.AND NAME	เขต AREA	หน้า PAGE
100256165	1120263			S620596-นันทพร ท.	806	1 / 1

รหัสสินค้า PRODUCT CODE	รายการสินค้า / บริการ PRODUCT / SERVICE DESCRIPTION	หน่วยสินค้า UNIT	จำนวน QUANTITY	ราคาต่อหน่วย UNIT PRICE	ส่วนลด DIS%	จำนวนเงิน AMOUNT
100426243	MARCAINE SPINAL HEAVY SOL 5MG/ML 5X4ML(TPU542377,GPU519668) Lot. F0292-1 Exp.31/12/2022 จ่ายเงินแล้ว <i>[Signature]</i> (นางสมร อุตพรกุล) เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน วันที่ 17 ก.พ. 2564	กล่อง	20	635.58		12,711.60

หมายเหตุ : PO.1120263 ยานีน แนบใบในกระดาษ	รวมเงินค่าสินค้า / บริการ TOTAL	12,711.60
	ส่วนลดการค้า TRADE DISCOUNT	
	รวมเงินก่อนภาษีมูลค่าเพิ่ม TOTAL BEFORE VALUE ADDED TAX	11,880.00
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม VALUE ADDED TAX 7%	831.60
(หนึ่งหมื่น สองพัน เจ็ดร้อยสิบเจ็ด บาทหกสิบสตางค์)	ยอดรวมสุทธิ NET TOTAL	12,711.60

PAID

1. ได้รับสินค้าในสภาพเรียบร้อยและจำนวนถูกต้องตามรายการข้างต้นนี้แล้ว 2. ได้รับทราบกำหนดเวลาชำระเงิณตามที่ระบุไว้ข้างต้นแล้ว หากชำระเกินกำหนดเวลาดังกล่าว ยินยอมให้บริษัทคิดดอกเบี้ย ในอัตราร้อยละ 15 ต่อปี หรือ สูงสุดตามที่กฎหมายกำหนด ได้รับสินค้าไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว	ในนามบริษัทฯ ขอขอบคุณ <i>K</i> วันที่ _____	โกรธที่ชำระด้วยเช็ค โปรดส่งจ่าย "บริษัท เจ เอส วิชั่น จำกัด" โดยขีดคร่อมและขีดมา "หรือผู้ถือ" ใบเสร็จรับเงินนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อเรียกเก็บเงินตามเช็คได้เรียบร้อยแล้ว
	ผู้ส่งของ วันที่ _____	ชำระด้วย <input type="checkbox"/> เงินสด <input type="checkbox"/> เช็ค <input checked="" type="checkbox"/> ครุฑ ธนาคาร _____ สาขา _____ เลขที่ _____ วันที่ _____ จำนวนเงินสุทธิ _____ ผู้รับเงิน <i>[Signature]</i> วันที่ _____

ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

21 ก.ค. 2563

วันที่ 20 พฤษภาคม 2563

ตาม ใบสั่งซื้อสั่งจ้าง เลขที่ ๖๓๐๑๔๒๕ ลงวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๓ โรงพยาบาลหัวหิน ได้ตกลง ซื้อ กับ บริษัท เจ เอส วิชั่น จำกัด สำหรับโครงการ ชื่อ Atracurium inj ๑๐ มก./มล. ๕ มล. โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๓๑,๘๙๖.๗๐ บาท (สามหมื่นหนึ่งพันแปดร้อยเก้าสิบบาทเจ็ดสิบบาทสตางค์)

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏ ดังนี้

๑. ผลการตรวจรับ

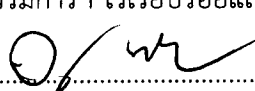
- ถูกต้อง
- ครบถ้วนตามสัญญา
- ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

๒. ค่าปรับ


- มีค่าปรับ
- ไม่มีค่าปรับ


๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๓๑,๘๙๖.๗๐ บาท


ข้าพเจ้า นางสาววิรัชญา ภิญญา
ได้รับมอบพัสดุ จำนวน.....1.....รายการ
จากคณะกรรมการฯ ไว้เรียบร้อยแล้ว
ลงชื่อ.....
เจ้าหน้าที่คลังยาและเวชภัณฑ์
วันที่..... 20 พ.ค. 2563

คณะกรรมการมีมติให้รับมอบทุกรายการ

(ลงชื่อ)..........ประธานกรรมการฯ
(นางสาวมาลา อินสระโร)

(ลงชื่อ)..........กรรมการ
(นางวันเพ็ญ เหลืองนฤทัย)

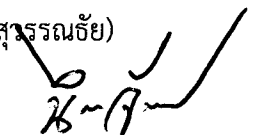
เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ เห็นควรเบิกจ่ายเงิน ให้แก่ผู้ขายต่อไป

(ลงชื่อ)..........กรรมการ ทราบ

(นางสาวอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นางสาวมาศชุตตา สุวรรณชัย)

PAID


(นายนิรันดร์ จันทรตระกูล)

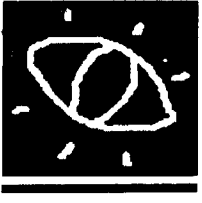
หมายเหตุ : เลขที่โครงการ ๖๓๐๕๗๐๗๐๑๐๐

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน ปฏิบัติราชการแทน

เลขคุมสัญญา ๖๓๐๕๑๔๑๔๑๘๒๗

ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

เลขคุมตรวจรับ ๖๓๐๕A๑๔๖๓๐๒๐



J.S. VISION LTD.

บริษัท เจ เอส วิชั่น จำกัด (สำนักงานใหญ่)

23 ซอยบางนา-ตราด 25 แขวงบางนาเหนือ เขตบางนา กรุงเทพฯ 10260

โทร. 0-2367-2333 โทรสาร 0-2769-5442

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0105538109282 ทะเบียนการค้า 0105538109282

PL301953

ต้นฉบับใบส่งของ / ใบแจ้งหนี้ / สำเนาใบกำกับภาษี
DELIVERY ORDER / INVOICE / TAX INVOICE COPY

รหัสลูกค้า CUSTOMER NO. 2941001	ผู้ติดต่อและส่งที่ PERSON TO CONTRACT AND SHIP TO	เลขที่ NUMBER 100263565
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 099400054 7986		วันที่ DATE 19 พ.ค. 2563
ชื่อและที่อยู่ลูกค้า CUSTOMER NAME AND ADDRESS โรงพยาบาล สิริราช	(12) สิริราช	ไม่ใช่ใบกำกับภาษี
ถ. นพรัตน์ จ. ประจวบคีรีขันธ์ 77110 20-401 547-3511 22110		เอกสารออกเป็นชุด

เลขที่ใบสั่งซื้อ ORDER NO. 100263049	เลขที่ใบสั่งซื้อของลูกค้า CUST. PO. NO. 30583	เงื่อนไขการชำระเงิน CREDIT TERM	วันครบกำหนด DUE DATE	รหัสและชื่อพนักงานขาย SALES REP.NO.AND NAME S.620596-กชชชชช	เขต AREA 806	หน้า PAGE 1 / 1
--------------------------------------	-----------------------------------------------	---------------------------------	----------------------	-------------------------------------------------------------	--------------	-----------------

รหัสสินค้า PRODUCT CODE	รายการสินค้า / บริการ PRODUCT / SERVICE DESCRIPTION	หน่วยสินค้า UNIT	จำนวน QUANTITY	ราคาต่อหน่วย UNIT PRICE	ส่วนลด DIS%	จำนวนเงิน AMOUNT
582522	TRACIUM 10 MG (M) 5Mg * SAND (TF) 769070-CPU101 30983 lot: 315k Exp: 09/03/2021	กล่อง	55	570.94		31,896.70

ตรวจแล้ว

คณะกรรมการได้ตรวจรับสินค้า
ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ

ลงชื่อ.....กรรมการ

ลงชื่อ.....กรรมการ

วันที่ 19 เดือน พ.ค. 2563

ลงชื่อ.....

วันที่ 21 พ.ค. 2563

หมายเหตุ : 30583	ลงบันทึกการรับของแล้ว	รวมเงินค่าสินค้า / บริการ TOTAL	31,896.70
	13 / 1627	ส่วนลดการค้า TRADE DISCOUNT	
		รวมเงินก่อนภาษีมูลค่าเพิ่ม TOTAL BEFORE VALUE ADDED TAX	29,810.00
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม VALUE ADDED TAX 7%	2,086.70
(สามารถเป็นหนี้ ภายใน 30 วัน นับจากวันที่ออกใบแจ้งหนี้)		ยอดรวมสุทธิ NET TOTAL	31,896.70

<p>1. ได้รับสินค้าในสภาพเรียบร้อยและจำนวนถูกต้องตามรายการข้างต้นแล้ว</p> <p>2. ได้รับทราบกำหนดเวลาชำระเงินตามที่ระบุไว้ข้างต้นแล้ว หากชำระเกินกำหนดเวลาดังกล่าว ยินยอมให้บริษัทตัดดอกเบี้ย ในอัตราร้อยละ 15 ต่อปี หรือ สูงสุดตามที่กฎหมายกำหนด</p> <p>ได้รับสินค้าไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว</p> <p>ผู้รับของ กชชชชช วันที่</p>	<p>ในนามบริษัทฯ ขอขอบคุณ</p> <p>วันที่</p> <p>ผู้ส่งของ</p> <p>วันที่</p>	<p>เอกสารฉบับนี้</p> <p>ไม่ใช่ใบเสร็จรับเงิน</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------



J.S. VISION LTD.

บริษัท เจ เอส วิชั่น จำกัด (สำนักงานใหญ่)

23 ซอยบางนา-ตราด 25 แขวงบางนาเหนือ เขตบางนา กรุงเทพฯ 10260

โทร. 0-2367-2333 โทรสาร 0-2769-5442

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0105538109282 ทะเบียนการค้า 0105538109282

ต้นฉบับใบกำกับภาษี
TAX INVOICE

รหัสลูกค้า CUSTOMER NO. 2911001	ผู้ติดต่อและสิ่งที่ PERSON TO CONTRACT AND SHIP TO	เลขที่ NUMBER 100263565
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0909700547989		วันที่ DATE 29/03/2021
ชื่อและที่อยู่ลูกค้า CUSTOMER NAME AND ADDRESS บริษัท เจ เอส วิชั่น จำกัด	(11) ซอยบางนา	
เลขที่ใบสั่งซื้อ ORDER NO. 100263565		

เอกสารออกเป็นชุด

เลขที่ใบสั่งซื้อ ORDER NO. 100263565	เลขที่ใบสั่งซื้อของลูกค้า CUST. PO. NO. 30563	เงื่อนไขการชำระเงิน CREDIT TERM	วันครบกำหนด DUE DATE	รหัสและชื่อพนักงานขาย SALES REP.NO.AND NAME 5620596-ชัยณรงค์	เขต AREA 806	หน้า PAGE 1/1
--------------------------------------	-----------------------------------------------	---------------------------------	----------------------	--------------------------------------------------------------	--------------	---------------

รหัสสินค้า PRODUCT CODE	รายการสินค้า / บริการ PRODUCT / SERVICE DESCRIPTION	หน่วยสินค้า UNIT	จำนวน QUANTITY	ราคาต่อหน่วย UNIT PRICE	ส่วนลด DIS%	จำนวนเงิน AMOUNT
582527	TRACRUM 10 MG (M) 5MI X 5AMP (TPU769070-CPU1013098) Lot 315K Exp 29/03/2021	กล่อง	55	574.94		31,896.70

หมายเหตุ : 30563	ลงบันทึกการรับของแล้ว 29/03/2021	รวมเงินค่าสินค้า / บริการ TOTAL	31,896.70
		ส่วนลดการค้า TRADE DISCOUNT	
		รวมเงินก่อนภาษีมูลค่าเพิ่ม TOTAL BEFORE VALUE ADDED TAX	29,810.00
		ภาษีมูลค่าเพิ่ม VALUE ADDED TAX 7%	2,086.70
		ยอดรวมสุทธิ NET TOTAL	31,896.70

1. ได้รับสินค้าในสภาพเรียบร้อยและจำนวนถูกต้องตามรายการข้างต้นนี้แล้ว 2. ได้รับทราบกำหนดเวลาชำระเงินตามที่ระบุไว้ข้างต้นแล้ว หากชำระเกินกำหนดเวลาดังกล่าว ยินยอมให้บริษัทคิดดอกเบี้ย ในอัตราร้อยละ 15 ต่อปี หรือ สูงสุดตามที่กฎหมายกำหนด	ในนามบริษัทฯ ขอขอบคุณ	เอกสารฉบับนี้ ไม่ใช่ใบเสร็จรับเงิน
ได้รับสินค้าไว้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว	วันที่ _____	
ผู้รับของ _____	ผู้ส่งของ _____	
วันที่ _____	วันที่ _____	

Issued by:

GlaxoSmithKline Manufacturing S.P.A.
Strada Provinciale Asolana 90
I-43056 SAN POLO DI TORRILE (PR) PR
ITALY



Tel: 0521 526111 Fax: 0521 526116

Certificate of Analysis

Certificate Date 13-DEC-2019 Certificate Number 1000275449
Page 1 of 2

Material Description: TRACRIUM 10MG/ML 5MLX5 AMP INJ TP TH
Material Number: 582527 /
Customer Product: TRACRIUM INJECTION 10MG/ML 5X5ML AMP TP TH

Regulatory Statement:

- (1) A clear slightly yellow solution. Practically free from particles ✓
- (2) Not more coloured than Reference Solution Y5
- (3) Positive
- (4) Not more opalescent than Reference Suspension I
- (5) Complies with Ph.Eur
- (6) Complies with Ph.Eur

รับรองเอกสารโดย *Asmita Indis*

(ภญ. อรทัย แซ่ฉิว)

เภสัชกร ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

Batch Number 3J5K / Expiry Date 29-03-21 /
Manufacturing Date 30-09-19

Description	Specification	Results
Appearance (1)	Complies with required specification	Complies ✓
Colour of Solution EP & BP (2)	Complies with required specification	Complies ✓
Assay % of label claim HPLC	90,0 - 115,0 %LC	113,1 /
Clarity of Solution BP & EP (4)	Complies with required specification	Complies ✓
Extractable Volume USP&EP (5)	Complies with required specification	Complies ✓
Sterility Test EP&USP (6)	Complies with required specification	Complies ✓
Bacterial Endotoxins EP&USP	<= 21,1 EU/mL	< 1,5 /
Particulate Matter EP/USP >= 10 um	<= 6000 ptcl/amp	21 /
Particulate Matter EP/USP >= 25 um	<= 600 ptcl/amp	3 /
pH	3,00-3,65 number	3,42 /
Identity by HPLC (3)	Complies with required specification	Complies ✓
Laudanosine	<= 3,0 %w/w	0,1 /
Acidic Compound	<= 6,0 %w/w	0,3 /
Cis- and Trans-isomers hydroxy compound	<= 6,0 %w/w	0,5 /
Cis- and Trans-isomers monoacrylate	<= 3,0 %w/w	0,3 /
Any other unspecified degradation imp.	<= 0,1 %w/w	< 0,1 /
Total Impurities	<= 15,0 %w/w	1,1 /
Isomer Cis-Cis Atracurium	55,0 - 60,0 %	59,1 /
Isomer Cis-Trans Atracurium	34,5 - 38,5 %	35,4 /
Isomer Trans-Trans Atracurium	5,0 - 6,5 %	5,5 /

PAID

Issued by:

GlaxoSmithKline Manufacturing S.P.A.
Strada Provinciale Asolana 90
I-43056 SAN POLO DI TORRILE (PR) PR
ITALY



Tel: 0521 526111 **Fax:** 0521 526116

Certificate of Analysis

Certificate Date	Certificate Number
13-DEC-2019	1000275449
Page	2 of 2

Qualified Person.

Approval is provided by Electronic Signature.
The approver's name is shown below.

Thomas Civenti, 13-DEC-2019 08:52:28

รับรองเอกสารโดย *Ornab 11 ธันวาคม*

(ภญ. อรทัย แซ่ฉิว)

เภสัชกร ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

PAID



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท เจ เอส วิชั่น จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๒๓ ซอยบางนา-ตราด ๒๕
แขวงบางนาเหนือ เขตบางนา กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๖๐
โทรศัพท์ ๐-๒๓๖๗-๒๓๓๓
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๓๘๑๐๙๒๘๒

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๖๓๐๑๔๒๕
วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๓
ส่วนราชการ โรงพยาบาลหัวหิน
ที่อยู่ ๓๐/๒ ถ.เพชรเกษม ตำบลหัวหิน อำเภอหัวหิน จังหวัด
ประจวบคีรีขันธ์
โทรศัพท์ ๐๓๒๕๒๓๐๐๐

ตามที่ บริษัท เจ เอส วิชั่น จำกัด ได้เสนอราคา วัสดุ โรงพยาบาลหัวหิน ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	Atracurium inj ๑๐ มก./มล. ๕ มล.	๕๕	กล่อง/box	๕๗๙.๙๔	๓๑,๘๙๖.๗๐
				รวมเป็นเงิน	๒๙,๘๑๐.๐๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๒,๐๘๖.๗๐
(สามหมื่นหนึ่งพันแปดร้อยเก้าสิบบาทเจ็ดสิบสตางค์)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๓๑,๘๙๖.๗๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๕ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๓
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลหัวหิน ๓๐/๒ ถ.เพชรเกษม
- ระยะเวลารับประกัน ๑ ปี
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาสั่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

PAID

หมายเหตุ:

๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
๒. ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๓๐๕๗๐๗๐๑๐๐ ชื่อ Atracurium inj ๑๐ มก./มล. ๕ มล. โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....*ว*.....ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๓

ลงชื่อ.....*นภาพร*.....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นางสาวนันทพร ท้าววัง)

ผู้ขาย

วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๓

เลขที่โครงการ ๖๓๐๕๗๐๗๐๑๐๐

เลขคุมสัญญา ๖๓๐๕๑๔๑๔๑๘๘๒๗

P A I D



ประกาศจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ชื่อ Atracurium inj ๑๐ มก./มล. ๕ มล. โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ โรงพยาบาลหัวหิน ได้มีโครงการซื้อ Atracurium inj ๑๐ มก./มล. ๕ มล. โดยวิธีเฉพาะ
เจาะจง นั้น

Atracurium inj ๑๐ มก./มล. ๕ มล. จำนวน ๕๕ กล่อง ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท เจ เอส วิชั่น
จำกัด โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๓๑,๘๙๖.๗๐ บาท (สามหมื่นหนึ่งพันแปดร้อยเก้าสิบบาทเจ็ดสิบสตางค์) รวม
ภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายนิรันดร์ จันทรตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

PAID

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลหัวหิน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

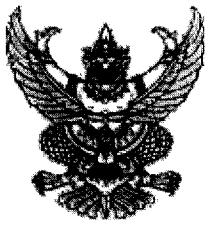
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๒

สำหรับหน่วยงานในราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลหัวหิน	
ชื่อหน่วยงาน : งานเภสัชกรรมโรงพยาบาลหัวหิน	
วันที่/เดือน/ปี : วันที่ ๑๔ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓	
หัวข้อ : ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อวัสดุครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์และการแพทย์ จำนวน ๑ รายการ	
รายละเอียดข้อมูล (สรุปหรือเอกสารแนบ)	
ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อวัสดุครุภัณฑ์วิทยาศาสตร์และการแพทย์ จำนวน ๑ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ วงเงิน จำนวน ๓๑,๘๘๖.๗๐ บาท (สามหมื่นหนึ่งพันแปดร้อยเก้าสิบหกบาทเจ็ดสิบสตางค์); โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์	
Linkภายนอก : ไม่มี	
หมายเหตุ :	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล	ผู้อนุมัติรับรอง
นางสาวอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ	นายนิรันดร์ จันทร์ตระกูล
(นางสาวอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ)	(นายนิรันดร์ จันทร์ตระกูล)
ตำแหน่ง เภสัชกรเชี่ยวชาญ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน
วันที่ ๑๔ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓	วันที่ ๑๔ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่	
นางสาวอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ	
(นางสาวอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ)	
ตำแหน่ง เภสัชกรเชี่ยวชาญ	
วันที่ ๑๔ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓	

P A I D



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มงานเภสัชกรรม โทร ๐ ๓๒๕๒ ๓๐๐๐ ต่อ ๗๓๐๘

ที่ ปช ๐๐๓๒.๒๐๑/๗๖๘

วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อสั่งจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (โดยอำนาจผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน)

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อ Atracurium inj ๑๐ มก./มล. ๕ มล. โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาข้อเสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
Atracurium inj ๑๐ มก./มล. ๕ มล. จำนวน ๕๕ x ๕ amp	บริษัท เจ เอส วิชั่น จำกัด	๓๑,๘๙๖.๗๐	๓๑,๘๙๖.๗๐
		รวม	๓๑,๘๙๖.๗๐

* ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลหัวหินพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อสั่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

(นางสาวอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ)

เภสัชกรเชี่ยวชาญ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายนิรันดร์ จันทรตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

อนุมัติ

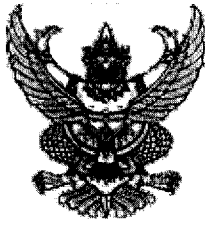
ไม่อนุมัติ

(นายนิรันดร์ จันทรตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

P A I D



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มงานเภสัชกรรม โทร ๐ ๓๒๕๒ ๓๐๐๐ ต่อ ๗๓๐๘ ๒)๐๕ ๗๐๗๐๑๐๐

ที่ ปช ๐๐๓๒.๒๐๑/๖๙๗๓

วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานขอซื้อของจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (โดยอำนาจผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน)

ด้วยโรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มงานเภสัชกรรม มีความประสงค์จะซื้อ Atracurium inj ๑๐ มก./มล. ๕ มล. โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

- ยาในคลังเหลือต่ำกว่าจุดสั่งซื้อ เพื่อสำรองคลังและให้บริการรักษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

๒. รายละเอียดของพัสดุ

- Atracurium inj ๑๐ มก./มล. ๕ มล. จำนวน ๕๕ x ๕ amp ราคากล่องละ ๕๗๙.๙๔ บาท/๕ amp

๓. ราคากลางของพัสดุที่จะซื้อ

- จำนวน ๓๑,๘๙๖.๗๐ บาท (สามหมื่นหนึ่งพันแปดร้อยเก้าสิบบาทเจ็ดสิบบาทเจ็ดสิบบาท)

๔. วงเงินที่จะซื้อ

- เงินนอกงบประมาณจาก จำนวน ๓๑,๘๙๖.๗๐ บาท (สามหมื่นหนึ่งพันแปดร้อยเก้าสิบบาทเจ็ดสิบบาทเจ็ดสิบบาท)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

- กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๕ วันทำการ นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

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

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

- การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

PAID

/คณะกรรมการ...

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

- | | | |
|----------------------------|--------------------------|---------------|
| ๑. นางสาวมาลา อินสระโร | ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ | ประธานกรรมการ |
| ๒. นางวันเพ็ญ เหลืองนฤทัย | ตำแหน่งนักกายภาพชำนาญการ | กรรมการ |
| ๓. นางสาวมาศชуда สุวรรณชัย | ตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ | กรรมการ |

อำนาจและหน้าที่

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียด
ในรายงานขอซื้อดังกล่าวข้างต้น

(นางสาวอัญชลี กุศลสนอง)

เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน

เจ้าหน้าที่

(นางสาวอรอนงค์ หงษ์ซุมแพ)

เภสัชกรเชี่ยวชาญ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายนิรันดร์ จันทรตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

(นายนิรันดร์ จันทรตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

P A I D

คุณลักษณะเฉพาะของยา Atracurium inj ๑๐ มก./มล ๕ มล.	
๑. ชื่อยา Atracurium inj ๑๐ มก./มล ๕ มล.	
๒. คุณสมบัติทั่วไป	
๒.๑ รูปแบบ	เป็นสารละลายปราศจากเชื้อสำหรับฉีด
๒.๒ ส่วนประกอบ	ใน ๑ amp ประกอบด้วยตัวยาสำคัญ Atracurium inj ๑๐ มก./มล ๕ มล.
๒.๓ ภาชนะบรรจุ	บรรจุในภาชนะบรรจุยาฉีดปราศจากเชื้อและบรรจุภัณฑ์ป้องกันแสง
๒.๔ ฉลาก	
๒.๔.๑ ฉลากบนบรรจุภัณฑ์	ระบุชื่อยา ส่วนประกอบด้วยยาสำคัญและความแรง วันผลิต วันสิ้นอายุ เลขที่ผลิตและเลขทะเบียนตำรับยา ไว้อย่างชัดเจนบนบรรจุภัณฑ์
๒.๔.๒ ฉลากบนภาชนะบรรจุ	อย่างน้อยต้องระบุชื่อยาหรือชื่อการค้า ส่วนประกอบ และขนาดความแรงของยา เลขที่ผลิต วันสิ้นอายุ ไว้อย่างชัดเจน




๓. คุณสมบัติทางเทคนิค

ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพเป็นไปตาม Finished product specification ซึ่งได้จดทะเบียนต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

๔. เงื่อนไขอื่น

- ผู้ขายต้องส่งผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ยาสำเร็จรูปของผู้ผลิต (Certification of analysis of Finished product) ในยารุ่นที่ส่งมาจำหน่าย มาพร้อมกับยาที่ส่งมาจำหน่าย
- ยาที่ส่งมอบต้องมีอายุใช้ได้ไม่น้อยกว่า ๑๒ เดือน

P A I D

ลงชื่อ..........ประธานกรรมการ ลงชื่อ..........กรรมการ ลงชื่อ..........กรรมการ
 (นางสาววันดี สำเร็จ) (นางสาวสกนวรรณ พวงหอม) (นางสาวปิยฉัตร จุฬรัชเชียว)
 เกษีกรชำนาญการ เกษีกรชำนาญการ เกษีกรปฏิบัติการ

แผนปฏิบัติการจัดซื้อยา เภสัชเคมีภัณฑ์ อาหารทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์อื่นๆ
โรงพยาบาลหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ประจำปีงบประมาณ 2563


ลำดับ	รหัส	รายการ	ED/ NED	ขนาด บรรจุ	หน่วย	อัตราใช้ ปี 60	อัตราใช้ ปี 61	อัตราใช้ ปี 62	ปริมาณ การจัดซื้อ ปี 63	ราคา /หน่วย	มูลค่า (บาท)	ไตรมาสที่ 1 (ต.ค.-ธ.ค.)	ไตรมาสที่ 2 (ม.ค.-มิ.ค.)	ไตรมาสที่ 3 (เม.ย.-มิ.ย.)	ไตรมาสที่ 4 (ก.ค.-ก.ย.)
591	1150290	LIDOCAINE 2% PRESERVATIVE FREE 10 ML	ED	1	AMP	40	145	38	50	29.00	1,450.00	0	20	20	10
592	1150310	ATRACLURUM 10 MG/ML, *5 ML (TRACIUM)	ED	5	AMP	116	255	195	340	579.94	197,179.60	86	84	86	84
593	1150330	LIDOCAINE 2% PRESERVATIVE FREE 2 ML	ED	1	AMP	n/a	1,000	730	3,200	9.50	30,400.00	820	780	820	780
594	1160010	ACETYLCYSTEINE INJ 300 MG/3 ML	ED	50	AMP	2,333	1,650	40	80	950.00	76,000.00	21	19	21	19
595	1160020	ACTIVATED CHARCOAL POWDER 50 G	ED	1	BOTT	47	66	25	80	51.69	4,135.20	18	22	18	22
596	1160030	ATROPINE SULFATE INJ 0.6 MG/ML	ED	1	AMP	4,933	5,001	2,067	3,200	5.35	17,120.00	850	750	850	750
597	1160080	LEUCOVORIN (C ₃ FOLINATE) 50 MG/5 ML	ED	1	BOTT	2,480	2,088	1,150	2,800	59.92	167,776.00	720	680	720	680
598	1160100	NALOXONE INJ 0.4 MG/ML	ED	1	AMP	11	27	10	30	203.00	6,090.00	10	0	10	10
599	1160110	PRALIDOXIME HCL 1 G (2-PAM)	ED	1	BOTT	7	21	19	10	750.00	7,500.00	0	0	10	0
600	1160120	DEFERIPRONE 500 MG TAB (GPO-L-ONE)	ED	100	TAB	313	337	235	520	350.00	182,000.00	135	125	135	125
601	1160130	BENZTROPINE MESYLATE INJ. 2 MG/2 ML (COGENTIN)	ED	5	AMP	2	1	3	5	1,240.00	6,200.00	2	1	1	1
602	1160140	PROTAMINE SULFATE 10 MG/ML, 5 ML	ED	1	BOTT	15	11	20	0	211.86	0.00	0	0	0	0
603	1160230	เซุ่มแก้พิษงูระบบโลหิต 10 ml	ED	1	VIAL	n/a	5	18	20	1,000.00	20,000.00	5	5	5	5
604	1170010	BARIUM SULFATE POWDER 3.5 KG	ED	1	BOTT	8	6	0	0	1,430.00	0.00	0	0	0	0
605	1170070	OPROMIDE 300, 50 ML (ULTRAVIST 300 MG/ML)	ED	1	BOTT	520	400	70	300	369.15	110,745.00	70	80	70	80
606	1170080	OPROMIDE **370,100 ML (ULTRAVIST 370 MG /ML)	ED	1	BOTT	387	275	80	170	781.10	132,787.00	40	50	40	40
607	1170090	OPROMIDE 370 , 50 ML (ULTRAVIST 370)	ED	1	BOTT	740	565	360	640	390.55	249,952.00	170	150	170	150
608	1170100	GADOPENTETIC ACID 10 ML(DOTAREM)	ED	1	BOTT	40	20	90	140	684.80	95,872.00	40	30	40	30
609	1170110	GADOPENTETIC ACID 15 ML(DOTAREM)	ED	1	BOTT	53	87	90	200	984.40	196,880.00	60	40	60	40
610	1170120	INDOCYANINE GREEN 25 MG. INJ.(DIAGNOGREEN)	ED	10	VIAL	0	1	0	1	18,297.00	18,297.00	0	0	0	1
611	2010030	MUCILLIN(ISPAGHULA HUSH)100 GM	ED	1	BOTT	1,576	2,708	1,624	3,800	50.00	190,000.00	1,000	900	1,000	900


แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าพัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ


ข้าพเจ้า นางสาวอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ (หัวหน้าเจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นางสาวอัญชลี กุศลสนอง (เจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นางสาวมาลา อินสระโร (ประธานคณะกรรมการตรวจรับ)
ข้าพเจ้า นางวันเพ็ญ เหลืองนฤทัย (กรรมการตรวจรับ)
ข้าพเจ้า นางสาวมาศชุกดา สุวรรณธัญ (กรรมการตรวจรับ)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ทุกเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๕๙


หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม 
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

ลงนาม 
(เจ้าหน้าที่)

ลงนาม 
(ประธานกรรมการตรวจรับ)

ลงนาม 
(กรรมการตรวจรับ)

ลงนาม 
(กรรมการตรวจรับ)

PAID



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลหัวหิน กลุ่มงานเภสัชกรรม โทร. ๐-๓๒๕๒-๓๐๐๐ ต่อ ๓๓๐๘ โทรสาร ๐-๓๒๕๔-๓๓๕๐

ที่ ปช.๐๐๓๒.๒๐๑/๓๒๒ วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขออนุมัติเห็นชอบรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของยา การกำหนดราคากลางยา และการกำหนด
หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอในการดำเนินการจัดซื้อยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ เพื่อใช้ในการจัดซื้อยา
ด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (โดยอำนาจผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน)

๑. เรื่องเดิม

๑.๑ ด้วยกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหัวหิน มีความประสงค์จะดำเนินการจัดซื้อยา
ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๘๓๙ รายการ (ดังเอกสารหมายเลข ๑) ด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลหัวหิน โดยวิธีเฉพาะเจาะจง
เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลหัวหิน

๑.๒ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ได้มีคำสั่งที่ ๑๒๕๔๕/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๑๙ เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๒
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของยา การกำหนดราคากลางยา และการกำหนด
หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอในการดำเนินการจัดซื้อยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๘๓๙ รายการ
(ดังเอกสารหมายเลข ๑) โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลหัวหิน เพื่อใช้ในราชการ ณ โรงพยาบาลหัวหิน

๒. ข้อเท็จจริง

๒.๑ คณะกรรมการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของยา การกำหนดราคากลางยา และ
การกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอในการดำเนินการจัดซื้อยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๘๓๙ รายการ
โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ตามคำสั่งจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ ๑๒๕๔๕/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๑๙ เดือน ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๒
ได้ดำเนินการจัดทำรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ, ราคากลางของยาและหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ
ในการดำเนินการจัดซื้อ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เรียบร้อยแล้ว

๒.๒ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหัวหิน จะมีการจัดซื้อยาในปีงบประมาณ ๒๕๖๓
จำนวน ๘๓๙ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลหัวหิน

๓. กฎหมายระเบียบที่เกี่ยวข้อง

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

PAID


๕. ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาตามข้อ ๔ หากเห็นชอบ โปรดลงนาม ในบันทึกขออนุมัติ เห็นชอบรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของยา, ราคากลางของยาและหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ ในการดำเนินการจัดซื้อยาในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๘๓๙ รายการ เพื่อใช้ในการจัดซื้อนี้

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่

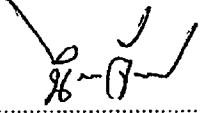
(นางสาวอัญชลี กุศลสนอง)

เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน

ลงชื่อ..........หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นางสาวอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ)

เภสัชกรเชี่ยวชาญ

ลงชื่อ..........

(นายนิรันดร์ จันทร์ตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

(นายนิรันดร์ จันทร์ตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

P A I D

สำเนาคู่มือ

คำสั่งจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ที่ ๖๕๕๕ / ๒๕๖๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของยา การกำหนดราคากลางยา และการกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอในการดำเนินการจัดซื้อยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ด้วยจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีความประสงค์ขอดำเนินการจัดซื้อยาในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๘๓๙ รายการ (ดังเอกสารหมายเลข ๑) เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการใช้ยาในการรักษาโรคเพิ่มมากขึ้น ณ โรงพยาบาลหัวหิน ด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลหัวหิน โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งยังไม่มีคุณลักษณะเฉพาะของยา การกำหนดราคากลาง และการกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอในการดำเนินการจัดซื้อยา ฉะนั้น เพื่อให้การจัดซื้อยาจำนวน ๘๓๙ รายการ เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของยา การกำหนดราคากลาง และการกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอในการดำเนินการจัดซื้อยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

- ๑.) นางสาววันดี สำเร็จ เกสัชกรชำนาญการ ประธานกรรมการ
- ๒.) นางสาวสกนวรรณ พวงหอม เกสัชกรชำนาญการ กรรมการ
- ๓.) นางสาวปิยฉัตร จุลรัชเชียร เกสัชกรปฏิบัติการ กรรมการ

ให้คณะกรรมการฯ ที่ได้รับแต่งตั้งปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยเคร่งครัด

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายนิรันดร์ จันทระกุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์

สำเนาถูกต้อง

สำเนาถูกต้อง

PAID

รองผู้ว่าราชการจังหวัด.....วันที่.....

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....วันที่.....

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....วันที่.....

หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป.....วันที่.....

เจ้าหน้าที่พิมพ์ / ทาน.....วันที่.....

และงานจ้างออกแบบหรือควบคุมงานก่อสร้าง การเช่า การบริหารสัญญาและการตรวจรับพัสดุ และการบริหารพัสดุทุกขั้นตอน และทุกวิธีจนเสร็จสิ้นกระบวนการรวมทั้งการจัดทำนิติกรรมสัญญา การแก้ไขสัญญา การออกหนังสือรับรองผลงาน การถอนหลักประกันสัญญา ภายในวงเงิน ดังนี้ ๒.๒ มอบอำนาจในการสั่งซื้อส่งจ้าง ด้วยเงินบำรุงของสถานบริการสาธารณสุข ให้แก่ ๒.๒.๓ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ตามวิธีการซื้อหรือการจ้าง ภายในวงเงินไม่เกิน ๒,๐๐๐,๐๐๐ บาท

๔. ข้อพิจารณา

เพื่อประโยชน์ของทางราชการ ให้การดำเนินการจัดซื้อฯ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และถูกต้อง เห็นควรแต่งตั้งคณะกรรมการกำหนดคุณลักษณะเฉพาะของยา การกำหนดราคากลางยา และการกำหนดหลักเกณฑ์ การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอในการดำเนินการจัดซื้อฯ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๘๓๙ รายการ ด้วยเงินบำรุง โรงพยาบาลหัวหิน โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยบุคคลตำแหน่งดังต่อไปนี้

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

๕. ข้อเสนอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ตามข้อ ๔ หากเห็นชอบ โปรดลงนาม ในคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ กำหนดคุณลักษณะเฉพาะของยา การกำหนดราคากลางยา และการกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ ในการดำเนินการจัดซื้อฯ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๘๓๙ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ที่เสนอมาพร้อมนี้

ลงชื่อ.....*จิราพร*.....เจ้าหน้าที่

(นางสาวอัญชลี กุศลสนอง)

เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญการ

ดำเนินการถูกต้อง

ลงชื่อ.....*ช*.....หัวหน้าศูนย์

(นางสาวอรอนงค์ หงษ์ชุมแพ)

เภสัชกรเชี่ยวชาญ

<input checked="" type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ - อนุมัติ - คำวินิจฉัยตามระเบียบโดยเคร่งครัด ลงชื่อ..... <i>H-A</i> (นายนิรันดร์ จันทรตระกูล) (นายนิรันดร์ จันทรตระกูล) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน	<input checked="" type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

PAID

(นายนิรันดร์ จันทรตระกูล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดประจวบคีรีขันธ์