

นาย อ. นานา อ. นานา อ. นานา
นาย อ. นานา อ. นานา อ. นานา

ใบสำคัญจ่าย

เลขที่ PS6400321

วันที่ 27/04/64

รหัสบัญชี	ชื่อบัญชี	เดบิต	เครดิต
01010199.130	เจ้าหน้าที่ค่าสินค้าและบริการ	205,730.00	
02040106.101	ภาษีหัก ณ ที่จ่ายค้างจ่าย		1,922.71
01030102.101	เงินฝากธนาคาร-นอกงบประมาณ		203,807.29
01010101.101	เงินสด		0.00
รวม		205,730.00	205,730.00

ยให้กับ บริษัท คอสม่า เทรตติ้ง จำกัด

เลขที่ใบรับ	วันที่	เลขที่บิล	จำนวนเงิน	ยอดคงค้าง	ยอดจ่าย
RH6300301	11/09/63	31080740246	43,400.00		43,400.00
RH6300319	23/09/63	31090740129	7,440.00		7,440.00
RH6300331	20/10/63	31100740086	43,400.00		43,400.00
RH6400033	27/11/63	31110740086	12,400.00		12,400.00
RH6400064	07/12/63	31120740029	43,400.00		43,400.00
RH6400094	08/01/64	31011740014	44,020.00		44,020.00
RH6400129	22/01/64	31011740149	11,670.00		11,670.00
ชำระโดย เช็คจ่ายล่วงหน้า	44265015	27/04/64	ธกส.บำรุง	203,807.29	203,807.29

หมายเหตุ: (สองแสนห้าพันเจ็ดร้อยสามสิบบาทถ้วน).

จำนวนเงินทั้งสิ้น

205,730.00

ใบจ่าย	เงินสด (A)	ชำระโดยอื่นๆ (B)	ภาษี ณ ที่จ่าย	ส่วนลดรับ	(A)+(B)
0.00	0.00	203,807.29	1,922.71	0.00	203,807.29

ผู้รับเงิน	วันที่จ่ายเงิน	ผู้ตรวจสอบ	ผู้อนุมัติ
.....)	27/04/64	(นางชุติมันต์ สุนานนท์)	(นายลิต แสงแก้ว)

บันทึกข้อความ

เอกสารส่วนที่ 6 แผ่นที่ 1 ของ 1 หน้า

ส่วนราชการ โรงพยาบาลนาเยีย

ที่ อบ 0032.001.29/.....

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงิน [] งบประมาณ

วันที่

[✓] บำรุง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาเยีย (ตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ สข1895/2561 ลว.5มิถุนายน 2561)

ตามบันทึกข้อความ ที่ อบ 0032.004.29/PH6400130 ลงวันที่ 18 มกราคม 2564 ขอซื้อ/จ้างเวชภัณฑ์ยา
จำนวน 11,670.00 บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) .

บัดนี้ บริษัท คอสมา เทรดดิ้ง จำกัด ได้จัดส่ง เวชภัณฑ์ยา
เสร็จเรียบร้อยแล้ว และได้ตรวจรับไว้เป็นการถูกต้องเรียบร้อยแล้ว จึงเห็นควรเบิกจ่ายเงินจำนวน

จำนวน 11,670.00 บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) .

เพื่อจ่ายให้ บริษัท คอสมา เทรดดิ้ง จำกัด

ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุมัติ

(ลงชื่อ)

(นางสาวนฤมล) กรรมจันทร์)

นักวิชาการเงินและบัญชี

เห็นควรอนุมัติ

(ลงชื่อ)

(นางชุติมันต์) สุนานนท์)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

อนุมัติ

(ลงชื่อ)

(นายลิต) แสงแก้ว)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาเยีย

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงาน (วงเงินเล็กน้อยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท)
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่
และผู้ตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า นางชุติมันต์ สุนานนท์ ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ (หัวหน้าเจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นางสาวเจริญขวัญ พันธุ์ผาสุก ตำแหน่ง เกษีชรชำนาญการ (เจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นายอภิชัย บุญวัน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า นายอยุธยา อัมภาวัน ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ (กรรมการตรวจรับพัสดุ)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้างผู้เสนองานหรือผู้ชนะประมูลหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามาในนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามาในนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม
(นางชุติมันต์ สุนานนท์)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงนาม
(นางสาวเจริญขวัญ พันธุ์ผาสุก)
เกษีชรชำนาญการ
เจ้าหน้าที่

ลงนาม
(นายอภิชัย บุญวัน)
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ

ลงนาม
(นายอยุธยา อัมภาวัน)
แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
กรรมการตรวจรับพัสดุ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

ที่ อบ ๐๐๓๒.๐๐๔.๒๙/PH๖๔๐๐๑๓๐

วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานขอซื้อยา Insulin NPH ๑๐๐ iu/ml Penfill ,๓ ml.

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี(ตามคำสั่งจังหวัดอุบลราชธานี ที่ ๗/ ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๓)

ด้วย โรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานีมีความประสงค์จะ ซื้อยา Insulin NPH ๑๐๐ iu/ml Penfill , ๓ ml. โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เพื่อใช้สนับสนุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาเยียและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอนาเยีย

๒. รายละเอียดของพัสดุ

รายละเอียดตามเอกสารแนบ

๓. ราคากลางของพัสดุที่จะซื้อจำนวน ๑๑,๗๑๖.๕๐ บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันเจ็ดร้อยสิบหกบาทห้าสิบบาทสตางค์)

๔. วงเงินที่จะซื้อ

เงินนอกงบประมาณจาก จำนวน ๑๑,๖๗๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๖๐ วัน นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจงเนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

ผู้ตรวจรับพัสดุ

๑. นายอภิชัย บุญวัน

ประธานกรรมการฯ

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

๒. นายอยุธยา อัมภาวัน

กรรมการ,

แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

อำนาจและหน้าที่

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงาน
ขอซื้อดังกล่าวข้างต้น

เบญจรัตน์
(นางสาวเจริญขวัญ พันธุ์ผาสุก)

เภสัชกรชำนาญการ

เจ้าหน้าที่

เห็นควรอนุมัติ



(นางชุติมันต์ สุนานนท์)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ



(นายลิต แสงแก้ว)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาเยีย

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี

จัดซื้อพัสดุ จำนวน

1 รายการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลนาเยีย

No	รายละเอียดของพัสดุที่จะซื้อ	จำนวน	(/)ราคากลาง/ ()ราคามาตรฐาน/ ()ราคาอ้างอิง/ ()ราคาที่เคยซื้อ	จำนวนและวงเงินที่ขอซื้อครั้งนี้	
				หน่วยละ	จำนวนเงิน
1	Insulin NPH 100iu/ml Penfill,3ml	150xVIAL	78.11	77.80	11,670.00
2	Insulin NPH 100iu/ml Penfill,3ml	5xVIAL	0.00	0.00	
3	NOVO NEEDLE[สนับสนุน]	465xชิ้น	0.00	0.00	
4	NOVO PEN[สนับสนุน]	2xอัน	0.00	0.00	
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) .					11,670.00

แหล่งที่มาของราคากลาง

() ราคาอ้างอิงจากราคาที่เคยจัดซื้อใน 2 ปีงบประมาณ

(/) ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง กำหนดราคากลาง ลงวันที่ 7 ตุลาคม 2563

(ลงชื่อ) *เจริณชวัญ* เจ้าหน้าที่
(นางสาวเจริณชวัญ พันธุ์ผาสุก)
เภสัชกรชำนาญการ

(ลงชื่อ) *ชุติมันต์* หัวหน้าเจ้าหน้าที่
(นางชุติมันต์ สุนานนท์)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

ที่ อบ ๐๐๓๒.๐๐๔.๒๙/PH๖๔๐๐๑๓๐/๑

วันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อสิ่งจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี(ตามคำสั่งจังหวัดอุบลราชธานี ที่ ๗/ ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒ มกราคม ๒๕๖๓)

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อขาย Insulin NPH ๑๐๐ iu/ml Penfill , ๓ ml. โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาที่เสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
ยา Insulin NPH ๑๐๐ iu/ml Penfill , ๓ ml จำนวน ๑๕๐ vial(๓ มิลลิลิตร/ml)	บริษัท คอสม่า เทรคคิง จำกัด	๑๑,๖๗๐.๐๐	๑๑,๖๗๐.๐๐
		รวม	๑๑,๖๗๐.๐๐

* ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลนาเยียพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อสิ่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

๒๕๖๓

(นางสาวเจริญขวัญ พันธุ์ผาสุก)

เภสัชกรชำนาญการ

เจ้าหน้าที่

เห็นควรอนุมัติ

(นางชุติมินต์ สุนานนท์)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ

(นายลิต แสงแก้ว)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาเยีย

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี



ประกาศโรงพยาบาลนาเยีย

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซ็อยยา Insulin NPH ๑๐๐ iu/ml Penfill , ๓ ml. โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ โรงพยาบาลนาเยีย ได้มีโครงการ ซ็อยยา Insulin NPH ๑๐๐ iu/ml Penfill , ๓ ml. โดยวิธีเฉพาะ
เจาะจง นั้น

ยา Insulin NPH ๑๐๐ iu/ml Penfill , ๓ ml จำนวน ๑๕๐ vial(๓ มิลลิลิตร/ml) ผู้ได้รับการคัดเลือก
ได้แก่ บริษัท คอสมา เทรดดิ้ง จำกัด (ส่งออก,ขายส่ง,ขายปลีก,ให้บริการ,ผู้ผลิต) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น
๑๑,๖๗๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจัด
ทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายลิต แสงแก้ว)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาเยีย

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท คอสมา เทรดดิ้ง จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๙๙ ซอยรุเบีย ถนนสุขุมวิท ๔๒
แขวงพระโขนง เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๑๐
โทรศัพท์ ๐-๒๓๖๗-๑๑๑๑ ต่อ ๒๒๗๗
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๔๕๐๐๙๘๗๕

ใบสั่งซื้อเลขที่ PH๖๔๐๐๓๓๐/๒
วันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๔
ส่วนราชการ โรงพยาบาลนาเยีย
ที่อยู่ ๖๖ หมู่ ๘ ตำบลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี
โทรศัพท์ ๐๔๕-๒๕๒๗๖๘

ตามที่ บริษัท คอสมา เทรดดิ้ง จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลนาเยีย ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	ยา Insulin NPH 100 iu/ml Penfill , 3 ml	๑๕๐	vial	๗๗.๘๐	๑๑,๖๗๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๑๐,๙๐๖.๕๔
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๗๖๓.๔๖
(หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๑,๖๗๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๔
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลนาเยีย ๖๖ หมู่ ๘
- ระยะเวลารับประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ:

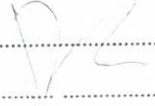
- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๔๐๒๗๐๔๕๑๔๙ ชื่อยา Insulin NPH ๑๐๐ iu/ml Penfill , ๓ ml. โดยวิธีเฉพาะ

เจาะจง

ลงชื่อ..........ผู้สั่งซื้อ

(นางชุติมินต์ สุนานนท์)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
ทำหน้าที่ หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๔

ลงชื่อ..........ผู้รับใบสั่งซื้อ

(คุณ.....)

ผู้ชาย

วันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๔

เลขที่โครงการ ๖๔๐๒๗๐๔๕๑๔๙

เลขคุมสัญญา ๖๔๐๒๑๔๐๙๕๗๑๓



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลนาเยีย อำเภอนาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

ที่ อบ ๐๐๓๒.๐๐๔.๒๙/ว๙

วันที่ ๙/ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติซื้อเวชภัณฑ์ยา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาเยีย

ด้วย กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ โรงพยาบาลนาเยีย สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีความประสงค์ขออนุมัติซื้อเวชภัณฑ์ยาเพื่อใช้ในการบริการผู้ป่วยที่มาใช้บริการและสนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพในเขตอำเภอนาเยีย รวม ๖ รายการ มูลค่า ๓๑,๓๒๕ บาท (สามหมื่นหนึ่งพันสามร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน) รายการตามรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

เสาวณีย์
(นางสาวเจริญขวัญ พันธุ์ผาสุก)
เภสัชกรชำนาญการ

เห็นควรอนุมัติ

(นางชุติมันต์ สุนานนท์)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

อนุมัติ

(นายลิต แสงแก้ว)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาเยีย

รายการขออนุมัติจัดซื้อยา มกราคม 2564

ลำดับที่	รายการ	หน่วยนับ	ราคา/หน่วย	ราคา/เม็ด	ราคากลาง/เม็ด/หน่วย	จำนวนสั่งซื้อ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
1	Omeprazole 40mg inj	กล่อง	12.20		62.06	300	3,660.00	ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภิญญิณูฟาร์มาซี
2	Hydrocortisone 100mg inj	Vial	48.00		51.36	50	2,400.00	ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภิญญิณูฟาร์มาซี
3	NPH penfill	หลอด	77.80		78.11	150	11,670.00	บริษัท คอสม่า เพรดคิง จำกัด
4	Analgesic Baln	หลอด	7.20			500	3,600.00	บริษัท ที เอ็น ที เฮลท์แคร์ จำกัด
5	Trazodone 50mg (50x10's)	กล่อง	730.00	1.46	1.60	8	5,840.00	บริษัท ยูโคโนเฟียน์ จำกัด
6	Bowa gel 240ml	ขวด	13.85		20.01	300	4,155.00	บริษัท ที เอ็น ที เฮลท์แคร์ จำกัด
รวมมูลค่า							31,325.00	

6. ๘๘.๘๘๘/๘๘,
 (นางสาวเจริญขวัญ พันธุ์พิลาศก)

เภสัชกรชำนาญการ
 เจ้าหน้าที

(นางชุตินันต์ สุภานนท์)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
 หัวหน้าเจ้าหน้าที่

หมายเหตุ ราคาากลางมาจาก ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่องกำหนดราคากลาง ลงวันที่ 7 ตุลาคม 2563

MT



(เอกสารออกใบชุด)

ใบกำกับสินค้า
ใบเสร็จรับเงิน
สินค้า
(ไม่ใช่ใบกำกับภาษี)



บริษัท เจริญโภคภัณฑ์อาหาร จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 16120
1111 ถนน 9-2367-1054

หน้า 1

เลขที่ No. 1017401432

วันที่ DATE

27 เม.ย. 2564

Payment within 90 days
โปรดชำระหนี้ภายใน 90 วัน

CMB

LOAD NO. 841153

COLLECTOR: P04



LOT: 3750164639

BILL: 760154121

R	การชำระเงิน TERM	วันถึงกำหนดจ่าย DUE DATE	อ้างอิง S/O NO.	ขนส่ง CARRIER	คลัง WHS	พนักงานขาย SALESMAN	ใบสั่งเลขที่ P/O NO.	วันที่ใบสั่ง P/O DATE	กำหนดส่งของ DELIVERY DATE
17	CRD		3720167372		293F	011638 สมเกียรติ หอมสยามบีดี			

หน้า DE	รายการ DESCRIPTION	บรรจุ CONTENT	จำนวน QUANTITY	ราคาหน่วยละ (บาท) UNIT PRICE (BAHT)	จำนวนเงิน (บาท) AMOUNT (BAHT)	ส่วนลด DISCOUNT	จำนวนเงินสุทธิ (บาท) NET AMOUNT (BAHT)
------------	-----------------------	------------------	-------------------	--	----------------------------------	--------------------	---

006	GENSULIN N 100 IU/ML(5x3ml/BX)	1	30 BOX	389.00	11,670.00		11,670.00
	Lot# 580008	30EA	EXP.30/06/23				
006	GENSULIN N 100 IU/ML(5x3ml/BX)	1	1 BOX				
	Lot# 580008	1EA	EXP.30/06/23				
256	GENSUFINA PEN NEEDLES# (31 G X 5mm)		465 PC				
	Lot# 0M31510	465 PC	EXP.31/10/25				
255	GENSUPEN 2 (Type 60-D)		2 BOX				
	Lot# 2001801	2BOX					
	ราคาสินค้า		10,906.54				
	ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7 %		763.46				
	จำนวนรวมทั้งสิ้น		11,670.00				

จ่ายเงินแล้ว

(นางสาวณมล ธรรมจันทร์)

นักวิชาการเงินและบัญชี
27 เม.ย. 2564

ใบนี้ชำระเงินตามกำหนดใบแจ้งหนี้ บริษัท สงวนสิทธิ์ที่จะมอบสินค้าตามใบสั่งซื้อ โดยไม่ถือว่าผิดสัญญา
จะเรียกเก็บค่าปรับส่งมอบล่าช้าไม่ได้ In case of delay payment by Customer, Company reserves the right to deliver the
according to P/O and not be deemed in default of Company, Customer shall not be able to charge any penalty.

รวมจำนวนภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว

11,670.00

หนึ่งพันหกกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)

<p>ทุกใบรับคืน 100% SOLD ARE NOT RETURNABLE (ยกเว้น 1.25% ต่อเดือนเมื่อชำระเกินกำหนด 1.25% PER MONTH WILL BE CHARGED ON OVERDUE ถ้าแจ้งหรือการโอนเงินจะสมบูรณ์ก่อนถึงกำหนดชำระเงิน จะได้รับเงินโอนค่ามัดจำของบริษัทโดยอัตโนมัติ DISCOUNT AND/OR REMITTANCE WILL BE CREDITED TO THE END OF CONFIRMED FUND CREDITED TO BANK ACCOUNT</p>	โปรดชำระหนี้ก่อนใบแจ้งหนี้ครบถ้วนและถูกต้องตามที่ระบุไว้บนใบแจ้งหนี้		<p>ได้รับสินค้าตามที่ระบุไว้บนใบแจ้งหนี้เรียบร้อยแล้ว และขอรับใบเสร็จรับเงินจากบริษัทแล้ว RECEIVED THE ABOVE GOODS IN GOOD ORDER AND CONDITION AND RECEIVED TAX INVOICES AND AGREED WITH ALL TERMS OF SALE IN POLYMER LETTER</p>
	<p>ใบรับเงิน PAYMENT RECEIVED</p>	<p>ใบแจ้งหนี้ FOR Comas Trading Company Limited</p>	
วันที่ DATE	ลายเซ็น SIGNATURE	ลายเซ็น SIGNATURE	วันที่ DATE

ติดต่อยกเว้น E. & O. E.

00381878

MT



(เอกสารออกเป็นชุด)



เลขที่ No.

วันที่ DATE

22 ม.ค. 2564

PER	การชำระเงิน TERM	วันถึงกำหนดจ่าย DUE DATE	อ้างอิง S/O NO.	ขนส่ง CARRIER	คลัง WHS	พนักงานขาย SALESMAN	ใบสั่งเลขที่ P/O NO.	วันที่ใบสั่ง P/O DATE	กำหนดส่งของ DELIVERY DATE
-----	------------------	--------------------------	-----------------	---------------	----------	---------------------	----------------------	-----------------------	---------------------------

สินค้า CODE	รายการ DESCRIPTION	บรรจุ CONTENT	จำนวน QUANTITY	ราคารายละ (บาท) UNIT PRICE (BAHT)	จำนวนเงิน (บาท) AMOUNT (BAHT)	ส่วนลด DISCOUNT	จำนวนเงินสุทธิ (บาท) NET AMOUNT (BAHT)
	TRANSULIN 100mg Tab/Methacrylate	30 TAB	✓	384.00	11,520.00		11,520.00
	TRANSULIN 100mg Tab/Methacrylate	50EA	✓	230.40	11,520.00		11,520.00
	TRANSULIN 100mg Tab/Methacrylate	1EA	✓	115.20	11,520.00		11,520.00
	TRANSULIN 100mg Tab/Methacrylate	30 PC	✓	384.00	11,520.00		11,520.00
	TRANSULIN 100mg Tab/Methacrylate	2 BOX	✓	5760.00	11,520.00		11,520.00

ใบที่รับของดังกล่าว 22 ม.ค. 2564

ชื่อผู้รับ Sam

วันที่ทำการตรวจรับ 22 ม.ค. 2564

คณะกรรมการตรวจรับ

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ

ลงชื่อ.....กรรมการ

ลงชื่อ.....กรรมการ

โปรดทราบ: เป็นไปตามกำหนดฉบับนี้ บริษัทสงวนสิทธิ ขอสงวนตัวอย่างที่มีอยู่เฉพาะในเชิงพาณิชย์
This is subject to the terms and conditions set forth herein. In case of any discrepancy, the customer's receipt is the final evidence and the supplier shall not be liable to change any penalty.

การคืนสินค้า		การชำระเงิน		หมายเหตุ

ติดต่อ E. & O. E.

00331373

Sam 10/1/63

ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

วันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๔

ตาม ใบสั่งซื้อสั่งจ้าง เลขที่ PH๖๔๐๐๑๓๐/๒ ลงวันที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๔ โรงพยาบาลนาเยีย ได้ตกลง ซื้อ
กับ บริษัท คอสมา เทรตติ้ง จำกัด สำหรับโครงการ ซื้อมา Insulin NPH 100 iu/ml Penfill , 3 ml. โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็นจำนวน
เงินทั้งสิ้น ๑๑,๖๗๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกกร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน)

ผู้ตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏ ดังนี้

๑. ผลการตรวจรับ

ถูกต้อง

ครบถ้วนตามสัญญา

ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

๒. ค่าปรับ

มีค่าปรับ

ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๑,๖๗๐.๐๐ บาท

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการฯ

(นายอภิชัย บุญวัน)

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(นายอัยยุธา อัมภาวัน)

หมายเหตุ : เลขที่โครงการ๖๔๐๒๗๐๔๕๑๔๙

เลขคุมสัญญา๖๔๐๒๑๔๐๙๕๗๑๓

เลขคุมตรวจรับ ๖๔๐๒A๑๑๕๖๓๔๔

(รายงานการตรวจรับพัสดุ/งานจ้าง)
บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลนาเยีย
ที่ อบ 0032.004.29/RH6400129/2 วันที่ 22 มกราคม 2564
เรื่อง รายงานการตรวจรับเวชภัณฑ์ยา

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี (ตามคำสั่งจังหวัดอุบลราชธานีที่ 7/2563 ลงวันที่ 2 มกราคม 2563)

ตามบันทึกที่ อบ 0032.004.29/PH6400130 ลงวันที่ 18 มกราคม 2564 ได้แต่งตั้งคณะกรรมการ
ตรวจรับ เวชภัณฑ์ยา ของ โรงพยาบาลนาเยีย นั้น
บัดนี้ คณะกรรมการผู้มีนามข้างท้ายนี้ ได้พร้อมกันตรวจรับ เวชภัณฑ์ยา
เสร็จถูกต้องแล้วตามสัญญา PH6400130/2 และได้นำใบตรวจรับให้แก่เจ้าหน้าที่พัสดุของ โรงพยาบาลนาเยีย
แล้วตั้งแต่วันที่ 22 มกราคม 2564 ตามใบส่งของ ที่แนบมาพร้อมนี้จำนวน 1 ฉบับ
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ
พ.ศ.2560 ข้อ16 (8)

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที
(นางสาวเจริญขวัญ พันธุ์ผาสุก)
เภสัชกรชำนาญการ

1. เพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ) หัวหน้าเจ้าหน้าที่
(นางชุติมันต์ สุนานนท์)
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

2. ทราบ

(ลงชื่อ)
(นายลิต แสงแก้ว)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาเยีย
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี