



บันทึกข้อความ

1 ตุลาคม 2561

ส่วนราชการ งานการเงินและบัญชีฝ่ายบริหารงานทั่วไป โรงพยาบาลปาดังเบซาร์

ที่ สข 0032.301/

วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงิน

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปาดังเบซาร์

ด้วยงานการเงินและบัญชี มีความประสงค์จะขออนุมัติเบิกจ่าย (/) เงินบำรุง () เงินบำรุง UC () อื่นๆ.....
เพื่อจ่ายเป็น.....ค่าวัสดุทันตกรรม.....

บริษัท/ห้าง/ร้านค้า/บุคคลบริษัท เจริญรุ่งเรืองเคทีเคเอ็นเคซีพหลโยธิน จำกัด.....

โดยจ่ายเป็น () เงินสด (/) เช็ค ธกส./ () เช็คกรุงไทย/เลขที่ 45732097 () ส่งใช้เงินยืม เลขที่.....

ลำดับที่	เลขที่เอกสาร	รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
1	6312018	วัสดุทันตกรรม	19,950.00	๖7 ✓
2	6401052	วัสดุทันตกรรม	2,625.00	๖8 ✓
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
		รวมเป็นเงิน	22,575.00	
		หักภาษี 1%	210.98	
		ยอดเช็คชำระ	22,364.02	

รวม...2....ฉบับ

รวมเป็นเงิน 22,575.00 บาท

ตัวอักษร (สองหมื่นสองพันห้าร้อยเจ็ดสิบห้าบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางสุวรรณ แสงสุวรรณ)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปาดังเบซาร์

ตรวจสอบแล้วถูกต้อง/เห็นควรอนุมัติ

()อนุมัติ ()ไม่อนุมัติ

(นางสาวอนุสร คำบัน)

นักจัดการงานทั่วไป



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลป่าตองเบซาร์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา โทร. ๐ ๗๕๕๒ ๑๔๘๖

ที่ สข ๐๐๓๒.๓๐๒/ ๖412๐15 วันที่ 1 ธ.ค. 25๖3

เรื่อง ขออนุมัติแต่งตั้งผู้กำหนดขอบเขตของงานจัดซื้อ/จ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

ด้วย กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน.....ทันตสาธารณสุข.....จะดำเนินการจัดซื้อ/จ้าง
รายการ.....ซื้อวัสดุทันตกรรม.....
จำนวน.....2.....รายการ วงเงิน.....19950.....บาท (หนึ่งหมื่นเก้าพันห้าร้อยบาทถ้วน.....)
เพื่อให้การกำหนดรายละเอียดขอบเขตของงานจัดซื้อ/จ้าง เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการ
จัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ ข้อ ๒๑ มติคณะรัฐมนตรีและหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้อง
จึงขอแต่งตั้ง นาย/นาง/นางสาว.....สุภาภรณ์ หริมนสกุล.....ตำแหน่ง.....ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....
เพื่อจัดทำรายละเอียดขอบเขตของงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นางสาวดิวิษา กำศิริพิมาน)

เจ้าหน้าที่

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

เพื่อโปรดพิจารณาลงนาม

(นางสาวอุทุมพร คงชัย)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ

(นายสุภโชค ก่อวิวัฒน์สกุล)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าตองเบซาร์ ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

บันทึกข้อความ

สวนราชการ โรงพยาบาลป่าดงเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าทุ่งใหญ่นเรศวร จังหวัดตาก โทร. 0 7452 1486

ที่ สข 0032 302 16412 015

วันที่ 1 ธ.ค 2563

เรื่อง ขออนุมัติใช้พัสดุหรือบริการ พร้อมกำหนดขอบเขตรายละเอียดที่จะซื้อ/จ้าง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าดงเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า

ด้วยกลุ่มงาน / ฝ่าย / งาน ทัน มีค่าทันใจ มีความจำเป็นที่จะมีและใช้
พัสดุหรือบริการ (✓) ตามแผน ประจำปี 2564 กิจกรรม/โครงการ
() นอกแผน ประจำปี เหตุผล

เพื่อขออนุมัติดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายละเอียดขอบเขตและคุณลักษณะพัสดุ ที่จะซื้อ/จ้าง	หน่วยนับ	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
1.	fluoride tray form size M 15 กว x 9.5 ซม	ถ	14,250	
2.	fluoride tray form size L 6 กว x 9.5 ซม	ถ	9,700	
รวมทั้งสิ้น (เพื่อใช้สำหรับทันตกรรมทันตกรรม)			19,950	

ลงชื่อ ผู้กำหนดขอบเขตของงาน
(.....) (.....)
ตำแหน่ง ทพ.ชำนาญการพิเศษ

เอกสารที่แนบมาด้วย ใบเสนอราคา ฉบับ รายละเอียด ฉบับ อื่นๆ ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

1. ผู้เสนอความต้องการ

2. หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/งานโครงการ

3. หัวหน้าแผนงาน

ลงชื่อ
(.....)

ลงชื่อ
(.....)

ลงชื่อ
(นายฉลอง บุญชาติ)

4. หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

5. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าดงเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่า

ลงชื่อ
(.....)

ลงชื่อ
(นายสุภโชค ก่อวิวัฒน์สกุล)

นายแพทย์ชานาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ จังหวัดสงขลา โทร. ๐ ๗๔๕๒ ๒๕๐๓ ต่อ ๑๑๑

ที่ สข ๐๐๓๒.๓๐๒/๖๔๑๒๐๑๕

วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานขอซื้อวัสดุทันตกรรม

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

ด้วย กลุ่มงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ จังหวัดสงขลา โทร. ๐ ๗๔๕๒ ๒๕๐๓ ต่อ ๑๑๑ มีความประสงค์จะ ซื้อวัสดุทันตกรรม ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เพื่อสำรองวัสดุทันตกรรม สำหรับใช้ในโรงพยาบาล

๒. รายละเอียดของพัสดุ

รายละเอียดตามเอกสารแนบ

๓. ราคากลางของพัสดุที่จะซื้อจำนวน ๑๙,๙๕๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นเก้าพันเก้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะซื้อ

เงินบำรุงโรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๑๙,๙๕๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นเก้าพันเก้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจงเนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

การแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ลงนามเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด

๑. อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงานขอชื่อดังกล่าวข้างต้น
๒. ลงนามในคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ



(นางสาวตริษา กำศิริพิมาน)

เจ้าหน้าที่

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา
-เพื่อโปรดอนุมัติ



(นางสาวอุทุมพร คงชัย)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ



(นายศุภโชค ก่อวิวัฒน์สกุล)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปาดังเบซาร์ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

บริษัท เคที เติ้นท์แอนด์ซัพพลาย จำกัด (สำนักงานใหญ่)

898/11 ถ.ประเสริฐมนูกิจ แขวงคลองกุ่ม เขตบึงกุ่ม กทม.10240, ktds_2555@hotmail.com

Tel.025092818, 020004490-91 Fax.025092819 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105555001770

ใบเสนอราคา

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์

เลขที่ใบเสนอราคา QT6312022

เรื่อง เสนอราคาวัสดุ

วันที่

ติดต่อ แผนกทันตกรรม

Tel/Fax 074-522503 ต่อ 116

Tax ID. 0994000101384

บริษัทฯ มีความยินดีที่จะเสนอราคาสินค้า ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รหัสสินค้า/รายละเอียด	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	ราคารวมภาษี
1	Tray foam50pcs.#M	15	ถุง	950.00	14,250.00
2	Tray foam50pcs.#L	6	ถุง	950.00	5,700.00
หมายเหตุ :		มูลค่าสินค้า			18,644.86
		จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม 7.00 %			1,305.14
(หนึ่งหมื่นเก้าพันเก้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน).		รวมเป็นเงินสุทธิ Total			19,950.00
กำหนดขึ้นราคา	: 60 วัน	<p>ขอแสดงความนับถือ</p>  <p>(นางสาวเกื้อกุด เปี้ยคง) ผู้จัดการฝ่ายขาย</p>			
กำหนดส่งสินค้า	: 30 วัน หลังจากได้รับใบสั่งซื้อ				
เงื่อนไขชำระเงิน	: ราชการ				



คำสั่งจังหวัดสงขลา

ที่ ๐๑๔/๒๕๖๔

เรื่อง แต่งตั้ง คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ สำหรับการซื้อวัสดุทันตกรรม ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ด้วย จังหวัดสงขลา มีความประสงค์จะ ซื้อวัสดุทันตกรรม ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง และเพื่อให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ จึงขอแต่งตั้ง รายชื่อต่อไปนี้เป็น คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ สำหรับการซื้อวัสดุทันตกรรม ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

๑. นางพุทธชาติ ดิวงค์

ประธานกรรมการฯ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒. นางสาวบุหลัน คงหัด

กรรมการ

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

๓. นางสาวฟาอาดา หยาหลี

กรรมการ

เจ้าพนักงานเภสัชกรรมปฏิบัติงาน

อำนาจและหน้าที่

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

สั่ง ณ วันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายศุภโชค ก่อวิวัฒน์สกุล)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าตองเบซาร์ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ จังหวัดสงขลา โทร. ๐ ๗๕๕๒ ๒๕๐๓ ต่อ ๑๑๑

ที่ สข ๐๐๓๒.๓๐๒/๖๔๑๒๐๑๕

วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อวัสดุทันตกรรม

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อวัสดุทันตกรรม ๒ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาที่เสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
วัสดุทันตกรรม ๒ รายการ(รายละเอียดตามเอกสารแนบ) จำนวน ๑ โครงการ	บริษัท เคที เด็นท์แอนด์ซัพพลาย จำกัด	๑๙,๙๕๐.๐๐	๑๙,๙๕๐.๐๐
		รวม	๑๙,๙๕๐.๐๐

* ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์พิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อส่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

(นางสาววิชา กำศิริพิมาน)

เจ้าหน้าที่

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา

-เพื่อโปรดอนุมัติ

(นางสาวอุทุมพร คงชัย)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ

(นายสุภโชค ก่อวิวัฒน์สกุล)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดสงขลา



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท เคที เตินท์แอนด์ซัพพลาย จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๘๘๘/๑๑ ถนนประเสริฐมนูกิจ
แขวงคลองกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๔๐
โทรศัพท์ ๐๘๑๖๙๐๘๓๖๕
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๕๕๐๐๑๗๗๐

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๖๔๑๒๐๑๕
วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๓
ส่วนราชการ โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์
ที่อยู่ ๔๒ ม.๙ ถ.ป่าดงเบขาร์ ตำบลป่าดงเบขาร์ อำเภอสะเดา
จังหวัดสงขลา
โทรศัพท์ ๐๗๕๕๒๒๕๐๓ ต่อ ๑๑๑

ตามที่ บริษัท เคที เตินท์แอนด์ซัพพลาย จำกัด ได้เสนอราคา วัสดุ โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตาม
รายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	วัสดุทันตกรรม 2 รายการ(รายละเอียดตามเอกสารแนบ)	๑	โครงการ	๑๙,๙๕๐.๐๐	๑๙,๙๕๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๑๘,๖๔๔.๘๖
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑,๓๐๕.๑๔
(หนึ่งหมื่นเก้าพันเก้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๙,๙๕๐.๐๐

- การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้
- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
 - ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔
 - สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ ๔๒ ม.๙ ถ.ป่าดงเบขาร์
 - ระยะเวลาประกัน -
 - สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
 - ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
 - การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

ใบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน

ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์

ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

รายการ วัสดุทันตกรรม โรงพยาบาลป่าดงเบขาร์ จำนวน ๒ รายการ
จำนวนเงิน ๑๙,๙๕๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นเก้าพันเก้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน
สำหรับโรงพยาบาลป่าดงเบขาร์

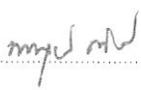
ข้าพเจ้า	นางสาวอุทุมพร คงชัย	(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า	นางสาวดิวิษา กำศิริพินาน	(เจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า	นางพุทธชาติ ติววงศ์	(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า	นางสาวบุหลิน คงหัต	(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า	นางสาวฟาอาดา หยาหลี	(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใด ๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะทำรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม.....
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

ลงนาม.....
(เจ้าหน้าที่)

ลงนาม.....
(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)

ลงนาม.....
(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)

ลงนาม.....
(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)

ประกาศจัดซื้อจัดจ้าง > จัดทำโครงการ > รายการโครงการ

ข้อมูลสาระสำคัญในสัญญา

เลขที่โครงการ	63127403681
ชื่อโครงการ	ซื้อวัสดุทันตกรรม 2 รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง
รหัสหน่วยงาน	00113980090000000
ชื่อหน่วยงาน	โรงพยาบาลปาดังเบซาร์
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร	0105555001770
ชื่อผู้เสนอราคา	บริษัท เคที เด็นท์แอนด์ซัพพลาย จำกัด
เลขที่สัญญา/ใบสั่งซื้อสั่งจ้าง	6412015
วันที่ทำสัญญา	02/12/2563 ระบุปีเป็นปีพุทธศักราชในรูปแบบ(ววดตปปปป)
จำนวนเงิน	19,950.00
เลขคุมสัญญาในระบบ e-GP	631214307773

หมายเหตุ : ชื่อผู้ขายหรือผู้รับจ้าง สีม่วง หมายถึง ผู้ขายหรือผู้รับจ้างเป็นกิจการร่วม (Consortium)

(/EGPWeb/jsp/directshortcut.jsp) [คลิกเพื่อดูข้อมูลที่แสดงบนเว็บไซต์](#) [ดูรายละเอียดสัญญา](#) [นำข้อมูลแสดงบนเว็บไซต์](#) [กลับสู่หน้าหลัก](#)

บริษัท เคที เด็นท์แอนด์ซัพพลาย จำกัด (สำนักงานใหญ่)
KT DENT & SUPPLY CO., LTD.

898/11 ถนนประเสริฐมนูกิจ แขวงคลองกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10240
 898/11 Prasertmanukit Road, Klongkum, Bungkum, Bangkok 10240
 Tel : 0-2509-2818, 0-2000-4490-91 Fax : 0-2509-2819 (บัญชี : 08-1690-8365)
 E-mail : kt ds_2555@hotmail.com

ใบส่งสินค้า/ใบกำกับภาษี/ใบแจ้งหนี้
DELIVERY ORDER / TAX INVOICE / INVOICE

ต้นฉบับ-ลูกค้า

เอกสารออกเป็นชุด

ประจำตัวผู้เสียภาษี Tax ID. 0105555001770

ลูกค้า/ที่อยู่ โรงพยาบาล ปาตั้งเบซาร์ (แผนกทันตกรรม)
 Customer/Address อ.สะเตา จ.สงขลา

90120

Tel:074-522503 ต่อ 116 TAX:0994000101384

ผู้ติดต่อ
 Contact Person

วันที่ 16/12/63 เลขที่ IV6312018
 Date No.

รหัสลูกค้า 6751019 เดือนไข ราชการ
 Cust. Code Terms

ใบสั่งซื้อเลขที่ P/O NO. วันครบกำหนด Due Date

พนักงานขาย นางสาว เกื้อกุล เบียงคง
 Salesman

ลำดับที่ Item No.	รายการสินค้า Product Description	จำนวน Quantity	หน่วย Unit	ราคา/หน่วย Unit Price	จำนวนเงิน (บาท) Amount (Baht)
1	Tray foam50pcs.#M	15	ถง	950.00	14,250.00
2	Tray foam50pcs.#L	6	ถง	950.00	5,700.00



ผลิต ตก ยกเว้น E.& O. E.

หมายเหตุ	รวมเงิน Sub Total	18,644.86
รูดส่งจ่ายเช็คในนาม บริษัท เคที เด็นท์แอนด์ซัพพลาย จำกัด Payment by cheque, please issue crossed cheque "A/C PAYEE ONLY" to KT DENT & SUPPLY CO., LTD. ค่าธรรมเนียมล่าช้ากว่ากำหนด บริษัทฯจะคิดดอกเบี้ยในอัตรา 1.5 % ต่อเดือน Interest at 1.5% Per month will be charged on overdue accounts.	ภาษีมูลค่าเพิ่ม VAT	1,305.14
รวมทั้ง Total	รวมเงินสุทธิ Grand Total	19,950.00

ได้รับสินค้าตามรายการข้างบนนี้ ในสภาพเรียบร้อย และถูกต้องแล้ว
 Received the above mentioned goods in good order and condition.

จัดส่งโดย
 Delivered By

วันที่
 Date

ออกเอกสารโดย
 Prepared By

ในนาม บริษัท เคที เด็นท์แอนด์ซัพพลาย จำกัด
 For KT DENT & SUPPLY CO., LTD.

ผู้มีอำนาจลงนาม
 Authorized Signature



บริษัท เคที เด็นท์แอนด์ซัพพลาย จำกัด (สำนักงานใหญ่)
KT DENT & SUPPLY CO., LTD.

898/11 ถนนประเสริฐมนูกิจ แขวงคลองกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10240

898/11 Prasertmanukit Road, Klongkum, Bungkum, Bangkok 10240

Tel : 0-2509-2818, 0-2000-4490-91 Fax : 0-2509-2819 (บัญชี : 08-1690-8365)

E-mail : kt ds_2555@hotmail.com

ใบเสร็จรับเงิน
RECEIPT

ต้นฉบับ-ลูกค้า

เอกสารออกเป็นชุด
 (ไม่ใช่ใบกำกับภาษี)

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี Tax ID. 0105555001770

ลูกค้า/ที่อยู่ โรงพยาบาล ปาตังเบซาร์ (แผนกทันตกรรม)
 Customer/Address ย.สุระเดา จ.สงขลา

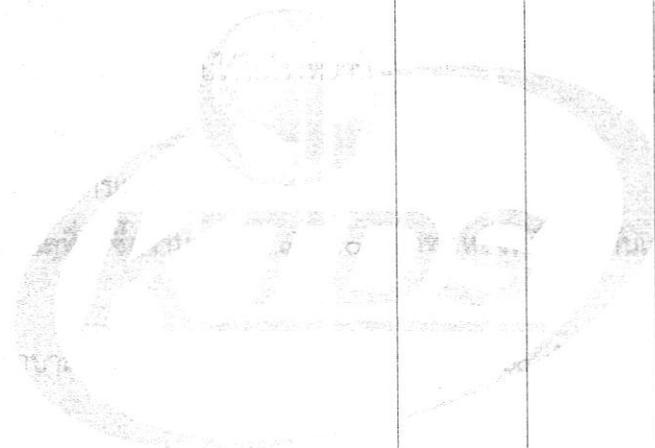
90120

Tel:074-522503 ต่อ 116 TAX:0994000101384

ชื่อผู้ติดต่อ

Contact Person

วันที่ Date	เลขที่ No.
IV6312018	
รหัสลูกค้า Cust. Code	เงื่อนไข Terms
6751019	ราชการ
ใบสั่งซื้อเลขที่ P/O NO.	วันครบกำหนด Due Date
พนักงานขาย นางสาว เกื้อกุล เปี้ยคง Salesman	

ลำดับที่ Item No.	รายการสินค้า Product Description	จำนวน Quantity	หน่วย Unit	ราคา/หน่วย Unit Price	จำนวนเงิน (บาท) Amount (Baht)
1	Tray foam50pcs.#M	15	ถูง	950.00	14,250.00
2	Tray foam50pcs.#L	6	ถูง	950.00	5,700.00
 หิด ตก ยกเว้น E.& O. E.					

หมายเหตุ

ใบเสร็จรับเงินนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีลายเซ็นของผู้มีอำนาจลงนาม และผู้รับเงินของบริษัทฯ
 This receipt is not valid unless signed by Authorized Signature and Collector.
 ในกรณีที่ชำระเงินด้วยเช็ค ใบเสร็จรับเงินนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้รับเงินตามเช็คเรียบร้อยแล้ว
 Payment by Cheque, This receipt is not valid till the cheque has been honoured.

รวมเงิน
Sub Total 18,644.86

ภาษีมูลค่าเพิ่ม
VAT 1,305.14

บาท
Baht (หนึ่งหมื่นเก้าพันเก้าร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

รวมเงินสุทธิ
Grand Total 19,950.00

ชำระโดย : เงินสด จำนวนเงิน.....บาท
 Paid By Cash Amount Baht

เช็ค ธนาคาร.....สาขา.....เช็คเลขที่.....
 Cheque Bank Branch Cheque No.

โอน เลขที่บัญชี.....วันที่...../...../.....จำนวนเงิน.....บาท
 Transfer Bank A/C No. Date Amount Baht

ผู้รับเงิน
 Collector Mkds. วันที่
 Date

ในนาม บริษัท เคที เด็นท์แอนด์ซัพพลาย จำกัด
 For **KT DENT & SUPPLY CO., LTD.**


 ผู้มีอำนาจลงนาม
 Authorized Signature