



บริษัท ไอแคร์ เมดิคัล จำกัด (สำนักงานใหญ่)
iCare Medical Co.,Ltd. (Head Office)

350/5 ซอยเคหะร่มเกล้า 33 แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520
350/5 Soi Keharomkiao 33, Klongsongtonnoon, Ladkrabang, Bangkok 10520 Thailand
Tel. 0-2915-3727, 0-2557-0245 Fax : 0-2915-3728
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 010-555-2100-45-9

ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน
ORIGINAL RECEIPT
เอกสารออกเป็นชุด
(ไม่ใช่ใบกำกับภาษี)

รหัสลูกค้า ข-003
Customer's Code

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000273584
Customer's Tax ID

สาขาสำนักงานใหญ่
Branch

เลขที่/No:

BL63-08/675

วันที่/Date:

- 2 S.A. 2563

แผนก/Department:

นามลูกค้า โรงพยาบาลลุง
Customer's Name
ที่อยู่ 9 ถนนสุขุมวิท ตำบลลุง
Address
อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี 22110
โทร. 039-441644
Tel.

สถานที่ส่ง
Location

ติดต่อ
Contact

เลขที่ใบสั่งซื้อ Purchase Order No.	เงื่อนไขการชำระเงิน Term of Payment	วันครบกำหนด Due Date	เลขที่ใบสั่งขาย Sales Order	พนักงานขาย Salesman
1255/2563	90 วัน		SL63-08/543	จตุพล

ลำดับ NO.	รายละเอียดสินค้า DESCRIPTION	เลขที่ผลิต LOT NO.	จำนวน QUANTITY	หน่วย UNIT	ราคาต่อหน่วย UNIT/PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
1	Glove disposable No.S	06020-062020-0 62023	300	กล่อง	120.00	36,000.00
(สามหมื่นหกพันบาทถ้วน)					รวมราคาทั้งสิ้น SUBTOTAL	33,644.86
หมายเหตุ - การชำระเงินด้วยเช็คจะสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้เรียกเก็บเงินครบถ้วนแล้ว - ใบเสร็จรับเงินนี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีลายเซ็นของผู้รับเงินและผู้มีอำนาจลงนาม					ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7 % VAT	2,355.14
					จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น NET TOTAL	36,000.00

ชำระโดย เงินสด เช็ค เงินโอน

ธนาคาร

สาขา

เลขที่เช็ค

วันที่

จำนวนเงิน.....บาท

จตุพล สันทาร์ตนะ

ผู้รับเงิน/COLLECTOR

วันที่.....

ในนาม
บริษัท ไอแคร์ เมดิคัล จำกัด

ผู้มีอำนาจลงนาม/AUTHORIZED SIGNATURE

ฉบับที่ 1 (สำหรับผู้ถูกหักภาษี ณ ที่จ่าย โฉนดพร้อมกันแบบแสดงรายการภาษี)

ฉบับที่ 2 (สำหรับผู้ถูกหักภาษี ณ ที่จ่าย เก็บไว้เป็นหลักฐาน)

หนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย

เล่มที่ 1067

ตามมาตรา 50 ตรี แห่งประมวลรัษฎากร

เลขที่ 2563-53-1008

ผู้มีหน้าที่หักภาษี ณ ที่จ่าย :-

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร

0 9 9 4 0 0 0 2 7 3 5 8 4

ชื่อ โรงพยาบาลชุง
(ให้ระบุว่าเป็น บุคคล นิติบุคคล บริษัท สมาคม หรือคณะบุคคล)

ที่อยู่ 9 ถนนสุขุมวิท ตำบลชุง อำเภอชุง จังหวัดจันทบุรี 22110
(ให้ระบุ ชื่ออาคาร/หมู่บ้าน หองเลขที่ ชั้นที่ เลขที่ ตรอก/ซอย หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด)

ผู้ถูกหักภาษี ณ ที่จ่าย :-

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร

0 1 0 5 5 5 2 1 0 0 4 5 9

ชื่อ บริษัท โอเคร์ เมคคิล จำกัด
(ให้ระบุว่าเป็น บุคคล นิติบุคคล บริษัท สมาคม หรือคณะบุคคล)

ที่อยู่ 350/5 ซอยเคหะร่มเกล้า 33 แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10520
(ให้ระบุ ชื่ออาคาร/หมู่บ้าน หองเลขที่ ชั้นที่ เลขที่ ตรอก/ซอย หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด)

ลำดับที่ 15 โฉนด (1) ภ.ง.ด.1ก (2) ภ.ง.ด.1ก พิเศษ (3) ภ.ง.ด.2 (4) ภ.ง.ด.3
(ให้สามารถอ้างอิงหรือสอบย้อนกับใคร่ระหว่างลำดับที่ตาม
หนังสือรับรองฯ กับแบบยื่นรายการภาษีหักที่จ่าย) (5) ภ.ง.ด.2ก (6) ภ.ง.ด.3ก (7) ภ.ง.ด.53

ประเภทเงินได้ที่ประเมินที่จ่าย	วัน เดือน หรือปีภาษี ที่จ่าย	จำนวนเงินที่จ่าย	ภาษีที่หัก และนำส่งไว้
เวชภัณฑ์โฆษณา	02/12/2563	33,644 86	336 45
รวมเงินที่จ่ายและภาษีที่หักนำส่ง		33,644 86	336 45

รวมเงินภาษีที่หักนำส่ง

(ตัวอักษร)

สามร้อยสามสิบหกบาทสี่สิบห้าสตางค์

เงินที่จ่ายเข้า กบข./กสข./กองทุนสงเคราะห์ครูโรงเรียนเอกชน.....บาท

กองทุนประกันสังคม.....บาท

กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ.....บาท

ผู้จ่ายเงิน

(1) หัก ณ ที่จ่าย (2) ออกให้ตลอดไป (3) ออกให้ครั้งเดียว (4) อื่น ๆ (ระบุ).....

คำเตือน

ผู้มีหน้าที่ออกหนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย
ฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามมาตรา 50 ตรี แห่งประมวล
รัษฎากร ต้องรับโทษอาญาตามมาตรา 35
แห่งประมวลรัษฎากร

ขอรับรองว่าข้อความและตัวเลขดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

ผู้จ่ายเงิน

2 ธันวาคม 2563

(วัน เดือน ปี ที่ออกหนังสือรับรองฯ)

หมายเหตุ เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร (13 หลัก)* หมายถึง

- กรณีบุคคลธรรมดาไทย ให้ใช้เลขประจำตัวประชาชนของกรมการปกครอง
- กรณีนิติบุคคล ให้ใช้เลขทะเบียนนิติบุคคลของกรมพัฒนาธุรกิจการค้า
- กรณีอื่นๆ นอกเหนือจาก 1. และ 2. ให้ใช้เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร (13 หลัก) ของกรมสรรพากร



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลชลบุรี อำเภอลอง จังหวัดจันทบุรี ๒๒๑๑๐

ที่ จป ๐๐๓๒.๓๐๑/๑๔๕๔

วันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติจ่ายเงินโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

ตามบันทึกข้อความโรงพยาบาลชลบุรี ที่ จป ๐๐๓๒.๓๐๑/๓๔๑๑ วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๓
อนุมัติให้ซื้อเวชภัณฑ์มีโซยา จำนวน ๑ รายการ เป็นเงิน ๓๖,๐๐๐.-บาท(สามหมื่นหกพันบาทถ้วน) จาก
บริษัท ไอแคร์ เมดิคัล จำกัด นั้น

บัดนี้ บริษัท ไอแคร์ เมดิคัล จำกัด ผู้ขายได้ส่งมอบเวชภัณฑ์ให้กับโรงพยาบาลชลบุรีและ
กรรมการตรวจรับได้ทำการตรวจรับแล้วตามบันทึกข้อความที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)
ของโรงพยาบาลชลบุรี ให้กับบริษัท ไอแคร์ เมดิคัล จำกัด เพื่อชำระค่าเวชภัณฑ์ดังกล่าวด้วย

(นางสาวอัครี สำอางค์)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

อนุมัติให้จ่ายเงินได้

(นางขจีพร อีราทรง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

...../...../.....

ทศส#5/64#41352060

ราคารวม-36000.-

ภาษี1%-336.45/33644.86

ยอดเขียนเช็ค-35663.55

วันที่จ่าย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลชลung อำเภอลุง จังหวัดจันทบุรี โทร ๐ ๓๙๔๔ ๑๕๙๘ ต่อ ๓๑๐

ที่ จบ ๐๐๓๒.๓๐๓/๓๔๑๑

วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานขอซื้อและการจัดทำประกาศพร้อมเอกสารประกวดราคาซื้อ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี (ผอ.รพช.ปฏิบัติราชการแทน)

ด้วย โรงพยาบาลชลung อำเภอลุง จังหวัดจันทบุรี โทร ๐ ๓๙๔๔ ๑๕๙๘ ต่อ ๓๑๐ มีความประสงค์จะ ซื้อเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เพื่อซื้อทดแทนเวชภัณฑ์ที่ได้ลดจำนวนลง เพื่อใช้ในการบริการเภสัชกรรม

๒. รายละเอียดของพัสดุ

ที่	รายการ	จำนวน	ราคา ต่อหน่วย	ราคารวม	ราคา หลังสุด
๑	Glove disposable No.S	๓๐๐	๑๒๐.๐๐	๓๖,๐๐๐.๐๐	๑๒๐.๙๑

๓. ราคาากลางของพัสดุที่จะซื้อจำนวน ๓๖,๒๗๓.๐๐ บาท (สามหมื่นหกพันสองร้อยเจ็ดสิบสามบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะซื้อ

เงินนอกงบประมาณจาก จำนวน ๓๖,๐๐๐.๐๐ บาท (สามหมื่นหกพันบาทถ้วน)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๙๐ วัน นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจงเนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

ผู้ตรวจรับพัสดุ

๑. นางสาวเยาวเรศ พิพัฒน์ชัยกิจ

ประธานกรรมการฯ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1454

19 ต.ค. ๒๕๖3

๒. นางสาวนันทญา ปลื้มมโน
เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน

กรรมการ

๓. นางสาวชนินาถ อ่ำอำไพ
นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ

กรรมการ

อำนาจและหน้าที่

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงาน
ขอซื้อดังกล่าวข้างต้น

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(นางสาววิษุตา เสมาทอง)

ความเห็นหัวหน้าเจ้าหน้าที่

ความเห็นผู้มีอำนาจอนุมัติ

เรียนผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

เพื่อโปรดพิจารณา

อนุมัติ

mas

(นายสุวัฒน์ ปริสุทธิวิฑูร)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(6)

(นางชจีพร อีราทรง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลุง

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลขลุง อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี โทร ๐ ๓๙๔๔ ๑๕๙๘ ต่อ ๓๑๐

ที่ จป ๐๐๓๒.๓๐๓/๓๔๑๒

วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อสิ่งจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี (ผอ.รพช.ปฏิบัติราชการแทน)

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาข้อเสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
Glove disposable No.S จำนวน ๓๐๐ BX	บริษัท ไอแคร์ เมดิคัล จำกัด	๓๖,๐๐๐.๐๐	๓๖,๐๐๐.๐๐
		รวม	๓๖,๐๐๐.๐๐

* ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา โรงพยาบาลขลุงพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อสิ่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่

(นางสาววิชชุดา เสมาทอง)

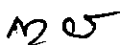
ความเห็นหัวหน้าเจ้าหน้าที่

ความเห็นผู้มีอำนาจอนุมัติ

เรียนผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

เพื่อโปรดพิจารณา

อนุมัติ



(นายสุวัฒน์ ปริสุทธิพิมพ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่



(นางขจีพร อีราทรง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขลุง

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี



ประกาศโรงพยาบาลขลุง

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อเวชภัณฑ์ที่มีไซยา โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ โรงพยาบาลขลุง ได้มีโครงการ ซื้อเวชภัณฑ์ที่มีไซยา โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น

Glove disposable No.S จำนวน ๓๐๐ BX ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท ไอแคร์ เมดิคัล จำกัด (ขายส่ง,ขายปลีก,ผู้ผลิต) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๓๖,๐๐๐.๐๐ บาท (สามหมื่นหกพันบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ชจีพร ชีราทรง

(นางชจีพร ชีราทรง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขลุง ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดจันทบุรี

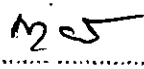

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงาน (วงเงินเล็กน้อยไม่เกิน 100,000 บาท)



ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ เจ้าหน้าที่พัสดุ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ



ข้าพเจ้า	นายสุวัฒน์ ปริสุทธิวิฑูริ	(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า	นางสาววิชชุดา เสมาทอง	(เจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า	นายต่อศักดิ์ รุ่งอร่ามศิริ	(เจ้าหน้าที่พัสดุ)
ข้าพเจ้า	นางสาวเยาวเรศ พิพัฒน์ชัยกิจ	(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า	นางสาวธนัญญา ปลื้มมโน	(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า	นางสาวชนินาถ อ้าอำไพ	(คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตรวจสอบ ได้ตลอดเวลา มุ่งผลประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ใน ประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม  ลงนาม 
นายสุวัฒน์ ปริสุทธิวิฑูริ
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ)
นางสาววิชชุดา เสมาทอง
(เจ้าหน้าที่พัสดุ)

ลงนาม  ลงนาม 
นายต่อศักดิ์ รุ่งอร่ามศิริ
(เจ้าหน้าที่พัสดุ)
นางสาวเยาวเรศ พิพัฒน์ชัยกิจ
(คณะกรรมการตรวจรับ)

ลงนาม  ลงนาม 
นางสาวธนัญญา ปลื้มมโน
(คณะกรรมการตรวจรับ)
นางสาวชนินาถ อ้าอำไพ
(คณะกรรมการตรวจรับ)



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท โอแคร์ เมดิคัล จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๓๕๐/๕ ซอยเคหะร่มเกล้า ๓๓
แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร ๑๐๕๒๐
โทรศัพท์ ๐-๒๙๑๕-๓๗๒๗
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๕๒๑๐๐๔๕๙

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๒๕๕/๒๕๖๓
วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๓
ส่วนราชการ โรงพยาบาลชลungs
ที่อยู่ ๙ ถ.สุขุมวิท ตำบลชลungs อำเภอชลungs จังหวัดจันทบุรี
โทรศัพท์ ๐๓๙๔๔๑๕๕๘

ตามที่ บริษัท โอแคร์ เมดิคัล จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลชลungs ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

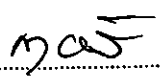
ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	Glove disposable No.S	๓๐๐	BX	๑๒๐.๐๐	๓๖,๐๐๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๓๓,๖๔๕.๘๖
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๒,๓๕๕.๑๔
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๓๖,๐๐๐.๐๐
(สามหมื่นหกพันบาทถ้วน)					

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๙๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๓
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลชลungs ๙ ถ.สุขุมวิท
- ระยะเวลารับประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ:

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๓๐๘๗๔๗๙๖๒๔ ชื่อเวชภัณฑ์ที่มีโฆษณา โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..... ..... ผู้สั่งซื้อ

(นายสุวัฒน์ ปริสุทธิคุณิพร)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๓

ลงชื่อ..... *(ลายเซ็น)*ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นายจตุพล แซ่อึ้ง)

ผู้แทนฝ่ายจำหน่ายของ

วันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๓

เลขที่โครงการ ๖๓๐๘๗๔๗๗๖๒๔

เลขคุมสัญญา ๖๓๐๘๑๔๔๐๑๕๖๖



บริษัท ไอแคร์ เมดิคัล จำกัด (สำนักงานใหญ่)
iCare Medical Co.,Ltd. (Head Office)

350/5 ซอยเคหะร่มเกล้า 33 แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520
350/5 Soi Keharomklao 33, Klongsongtonnoon, Ladkrabang, Bangkok 10520 Thailand
Tel. 0-2915-3727, 0-2557-0245 Fax : 0-2915-3728
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 010-555-2100-45-9

ต้นฉบับใบกำกับภาษี
ORIGINAL TAX INVOICE
เอกสารออกเป็นชุด

รหัสลูกค้า ข-003 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000273584
Customer's Code Customer's Tax ID

สาขา สำนักงานใหญ่
Branch

เลขที่/No: BL63-08/675
วันที่/Date: 1 ก.ย. 2563
แผนก/Department:

นามลูกค้า โรงพยาบาลชุง
Customer's Name
ที่อยู่ 9 ถนนสุขุมวิท ตำบลชุง
Address อำเภอชุง จังหวัดจันทบุรี 22110
โทร. 039-441644
Tel.

สถานที่ตั้ง กลุ่มงานเทคนิคบริการ
Location (งานเภสัชกรรม ร.พ.ชุง)
เลขรับ 3495
วันที่ 1 ก.ย. 2563
ติดต่อ เวลา

เลขที่ใบสั่งซื้อ Purchase Order No.	เงื่อนไขการชำระเงิน Term of Payment	วันครบกำหนด Due Date	เลขที่ใบสั่งขาย Sales Order	พนักงานขาย Salesman
1255/2563	90 วัน		SL63-08/543	จตุพล

ลำดับ NO.	รายละเอียดสินค้า DESCRIPTION	เลขที่ผลิต LOT NO.	จำนวน QUANTITY	หน่วย UNIT	ราคาต่อหน่วย UNIT/PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
1	Glove disposable No.S <i>Exp</i>	60620-062020-0 <i>62023</i> <i>Exp 06/2023</i>	300	กล่อง	120.00	36,000.00
(ตาม همینหกพันบาทถ้วน)					รวมราคาทั้งสิ้น SUBTOTAL	33,644.86
หมายเหตุ - โปรดส่งจ่ายเช็คติดคร่อมในนาม บริษัท ไอแคร์ เมดิคัล จำกัด					ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%	2,355.14
- ผู้ซื้อยินยอมให้บริษัทฯ คิดดอกเบี้ยในอัตรา 1.5% ต่อเดือน สำหรับจำนวนเงินที่ไม่ชำระตามกำหนดเวลา					จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น NET TOTAL	36,000.00
- บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเปลี่ยนแปลงสินค้าภายใน 30 วัน นับจากวันส่งสินค้า						
- เมื่อลูกค้าเซ็นชื่อรับสินค้าแล้ว บริษัทฯ จะไม่รับผิดชอบกรณีสินค้าไม่ครบ						

ได้รับของครบถ้วนถูกต้องแล้ว
ประธานกรรมการ.....
กรรมการ.....
กรรมการ.....
- 1 ก.ย. 2563

สินค้าตามรายการข้างต้น แม้จะได้ส่งมอบแก่ผู้ซื้อแล้วก็ยังเป็นทรัพย์สินของผู้ขาย จนกว่าผู้ซื้อได้ชำระเงินเสร็จเรียบร้อยแล้ว
ได้รับสินค้าดังรายการข้างบนไว้ถูกต้องในสภาพเรียบร้อยดีแล้ว
RECEIVED AS PER ABOVE IN GOOD ORDER AND CONDITION

ในนาม
บริษัท ไอแคร์ เมดิคัล จำกัด

(นายต๋องศักดิ์) รุ่งอร่ามศิริ 28 ก.ย. 2563
ผู้รับของ DATE

ผู้มีอำนาจลงนาม/AUTHORIZED SIGNATURE
मित-ตก-ยกเว้น

ผู้ตรวจ
CHECK BY

วิทย์
ผู้อนุมัติ
APPROVED

ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

วันที่ ๓ กันยายน ๒๕๖๓

ตาม ใบสั่งซื้อสั่งจ้าง เลขที่ ๑๒๕๕/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๔ สิงหาคม ๒๕๖๓ โรงพยาบาลชลบุรี ได้ตกลง ซื้อ กับ บริษัท ไอแคร์ เมดิคัล จำกัด สำหรับโครงการ ซื้อเวชภัณฑ์ที่มีไซยา โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็น จำนวนเงินทั้งสิ้น ๓๖,๐๐๐.๐๐ บาท (สามหมื่นหกพันบาทถ้วน)

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏ ดังนี้

๑. ผลการตรวจรับ

ถูกต้อง

✓ ครบถ้วนตามสัญญา

☐ ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

๒. ค่าปรับ

มีค่าปรับ

ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๓๖,๐๐๐.๐๐ บาท

(ลงชื่อ)..... ประธานกรรมการฯ

(นางสาวเยาวเรศ พิพัฒน์ชัยกิจ)

(ลงชื่อ)..... กรรมการ

(นางสาวธันญา ปลื้มมโน)

(ลงชื่อ)..... กรรมการ

(นางสาวชนินาถ อ่ำอำไพ)

หมายเหตุ : เลขที่โครงการ๖๓๐๘๗๔๗๙๖๒๔

เลขคูมสัญญา๖๓๐๘๑๔๔๐๑๕๖๖

เลขคูมตรวจรับ ๖๓๑๐A๑๐๖๐๓๑๗