

ใบเสนอราคาวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมระดับจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี 2568

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาผลการสืบราคา

1. ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
ในนาม.....ตั้งอยู่เลขที่.....หมู่ที่.....
ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....
ชื่อ(ผู้แทน).....เบอร์โทร(ผู้แทน).....ID line.....E-mail.....

ผู้ลงนามข้างท้ายนี้ ได้พิจารณาเงื่อนไขต่าง ๆ ในเอกสารยื่นขอสืบราคา โดยตลอดและยอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขนั้นแล้ว รวมทั้งรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน
ตามที่กำหนดและไม่เป็นผู้ทำงานของทางราชการ

2. ข้าพเจ้าขอเสนอราคาวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ รวมทั้งบริการ ซึ่งกำหนดไว้ในเอกสารสืบราคา ตามราคาและกำหนดเวลาส่งมอบ ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการวัสดุ	ชื่อการค้า (ต้องระบุ)	ขนาดบรรจุ (ชิ้น/เทสต์)	ราคาต่อขนาดบรรจุ (+Vat)	ราคาต่อชิ้น/เทสต์ (+ Vat)	บริษัทผู้ผลิต	แหล่งผลิต (ระบุประเทศ)
1	HIV Ab 3 rd Screening test kid						
2	HIV Ag/Ab 4th Screening test						
3	Leptospirosis IgG/IgM Ab						
4	Scrub Typhus Ab						
5	Dengue NS1,IgM/IgG (Combo)						
6	Trop-T (POCT)						
7	HCG :UPT (Strip)						
8	Meth-amp (Card)						
9	Meth-amp (Strip)						
10	THC กัญชา (Card)						

ลำดับ	รายการวัสดุ	ชื่อการค้า (ต้องระบุ)	ขนาดบรรจุ (ชิ้น/เทสต์)	ราคาต่อขนาดบรรจุ (+Vat)	ราคาต่อชิ้น/เทสต์ (+ Vat)	บริษัทผู้ผลิต	แหล่งผลิต (ระบุประเทศ)
11	Occult blood (Card) 100 ng						
12	HBs Ag (Card)						
13	HBs Ab (Card)						
14	Anti-HCV (Card)						
15	Hep B, C Combo						
16	Influenza A/B						
17	Covid Ag (Card)						
18	Syphilis (Card)						
19	DCIP						
20	Lactate						
21	Blood Ketone						
22	Urine Container (ฝาเกลียว)						
23	Urine Container (ฝาทัด)						
24	Urine Sterile for culture						
25	K ₃ EDTA Tube nonvac						
26	K ₃ EDTA Tube vacuum						
27	Micro EDTA						
28	NaF Tube Nonvac						
29	Litium Heparin Tube nonvac						

ลำดับ	รายการวัสดุ	ชื่อการค้า (ต้องระบุ)	ขนาดบรรจุ (ชิ้น/เทสต์)	ราคาต่อขนาดบรรจุ (+Vat)	ราคาต่อชิ้น/เทสต์ (+ Vat)	บริษัทผู้ผลิต	แหล่งผลิต (ระบุประเทศ)
30	Litium Heparin Tube vacuum						
31	Clot blood tube nonvac						
32	Clot blood tube Vac						
33	Hematocrit red tube						
34	Slide ฝ้า						
35	Plastic tube 12*75 mm.						

ข้อเสนอ/เงื่อนไขของบริษัท (ที่จะแจ้งให้โรงพยาบาลทราบ).....

3. ราคาที่เสนอ ยืนยันราคาไม่น้อยกว่า 2 ปีนับแต่วันที่ประกาศผลการพิจารณา และกำหนดส่งมอบ ไม่เกิน 30 วัน ตั้งแต่ได้รับใบสั่งซื้อ
4. บรรดาหลักฐานประกอบการพิจารณา เช่น แคตตาล็อก แบบรูป รายละเอียดวัสดุ ตัวอย่างวัสดุ ซึ่งข้าพเจ้าได้ส่งให้แก่จังหวัดสุราษฎร์ธานีพร้อมใบเสนอราคา ข้าพเจ้ายินยอมมอบให้จังหวัดสุราษฎร์ธานีไว้เป็นเอกสารของทางราชการ
5. ข้าพเจ้าได้ตรวจทานตัวเลข และตรวจสอบเอกสารต่าง ๆ ที่ได้ยื่นพร้อมใบเสนอราคานี้โดยละเอียดแล้ว และเข้าใจว่าจังหวัดสุราษฎร์ธานีไม่ต้องรับผิดชอบใด ๆ ในความผิดพลาดหรือตกลง
6. ใบเสนอราคานี้ได้ยื่นเสนอโดยบริสุทธิ์ยุติธรรมและปราศจากการฉ้อฉล หรือการสมรู้ร่วมคิดกันโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายกับบุคคลหนึ่ง บุคคลใด หรือหลายบุคคล หรือกับหุ้นส่วน/บริษัทใดๆ ที่ได้ยื่นเสนอราคาในคราวเดียวกัน
7. ใบเสนอราคา ให้ใส่ซองและปิดผนึกแยกซองออกต่างหาก ไม่รวมใบเสนอราคาในซองเดียวกับเอกสารอื่น ๆ

เสนอ มา ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตรา (ถ้ามี)

โทรศัพท์มือถือ.....(กรณีสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม)