

ใบเสนอราคา

หน้าที่ ๑/๒

เรียน ประธานคณะกรรมการสืบราคา

๑. ข้าพเจ้า (บริษัท/ห้าง/ร้าน)

อยู่เลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์..... โดย(ผู้แทนเขต)..... เบอร์ติดต่อ(ผู้แทน).....

๒.ข้าพเจ้าขอเสนอราคาและเวชภัณฑ์ดังนี้

ลำดับ	รายการยา	ชื่อการค้า	ขนาดบรรจุ	หน่วย (กล่อง/ขวด/ Vial/Amp)	ราคา/ขนาดบรรจุ (รวม VAT)

รูปถ่ายบรรจุภัณฑ์ (กล่อง,แผง,หน้า-หลัง,ฉลาก)	รูปถ่ายลักษณะทางกายภาพยา

** หมายเหตุ: ๑.ลำดับ ให้เติมเป็นลำดับที่ตามรายการยาสืบราคา

๒. ให้เสนอราคา ๑ ใบ ต่อ ๑ รายการ (กรณีระบุรหัส TPU,GPU และรหัสมาตรฐานยา 24 หลักที่ตรงกับผลิตภัณฑ์ให้ครบถ้วน)

๓. ราคาที่เสนอ ยื่นราคา ๓๖๕ วัน นับแต่วันที่เสนอราคานี้ และกำหนดส่งมอบไม่เกิน ๓๐ วัน ตั้งแต่ได้รับใบสั่งซื้อ

๔. กรณีมีนโยบายการแลกเปลี่ยน และ/หรือรับคืนสินค้า กรณีระบุหลักเกณฑ์ ขั้นตอนในการรับแลกเปลี่ยนและคืนผลิตภัณฑ์ของทางบริษัท/ห้าง/ร้าน มาโดยละเอียด

/๔. ข้าพเจ้า...

๔. ข้าพเจ้ายอมรับว่าโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ไม่มีความผูกพันที่จะรับคำเสนอนี้ หรือใบเสนอราคาใดๆ รวมทั้งไม่ต้องรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายใดๆ อันอาจเกิดขึ้นในการที่ข้าพเจ้าได้เข้าเสนอราคา

๕. หลักฐานเอกสารประกอบการพิจารณา อาทิ แคตตาล็อก แบบรูป รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ ซึ่งข้าพเจ้าได้ส่งให้แก่โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ พร้อมใบเสนอราคา ข้าพเจ้ายินยอมมอบให้โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ไว้เป็นเอกสารของทางราชการ

กรณีตัวอย่างยา(ถ้ามี) ซึ่งโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ คืนให้ ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องค่าเสียหายใดๆที่เกิดขึ้นกับตัวอย่างนั้น

๖. ข้าพเจ้าได้ตรวจทานตัวเลข และตรวจสอบเอกสารต่างๆที่ได้ยื่น พร้อมใบเสนอราคานี้โดยละเอียดแล้ว ในการนี้ขอยืนยันราคาตาม ที่ได้ยื่นเสนอนี้ และเข้าใจในข้อตกลงเรื่องที่ทางโรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ ไม่ต้องรับผิดชอบใดๆเกี่ยวกับความผิดพลาดหรือตกลงที่เกิดการการยื่นเอกสารครั้งนี้

๗. ใบเสนอราคานี้ได้ยื่นเสนอโดยบริสุทธิ์ยุติธรรม และปราศจากการกระทำอันเป็นไม่โปร่งใสและไม่ชอบด้วยกฎหมายกับบุคคลหนึ่ง หรือหลายบุคคล หรือกับห้างหุ้นส่วน/บริษัทใดๆ ที่ได้ยื่นเสนอราคาในคราวเดียวกันนี้

เสนอ... ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ. ๒๕๖๕

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประทับตราบริษัท/ห้าง/ร้าน (ถ้ามี)