



บันทึกข้อความ

เลขที่..... 143 / 64  
เงินที่.....  
เงินที่..... 40138893

ส่วนราชการ โรงพยาบาลห้องชัย อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดกาฬสินธุ์

ที่ กส ๐๐๓๒.๓๐๑/๓๒..... วันที่ ๒๖ พ.ย. ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินบำรุงโรงพยาบาลห้องชัย เพื่อชำระหนี้

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้องชัย

ตามที่คณะกรรมการตรวจรับพัสดุที่ได้รับแต่งตั้งตามบันทึกดังกล่าวได้ดำเนินการตรวจรับเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ดังนั้น งานการเงินและบัญชี โรงพยาบาลห้องชัย มีความประสงค์ขอเบิกจ่าย จากเงินบำรุงโรงพยาบาลห้องชัย เพื่อชำระหนี้ดังกล่าว ให้แก่.....ห้างหุ้นส่วนจำกัด พาวเวอร์ เมค เซ็นเตอร์.....ตามรายการที่แนบมาพร้อมบันทึกนี้

ลำดับ	ประเภท	เลขที่ใบสำคัญ	รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
1	ค่าครุภัณฑ์การแพทย์	P63-00009	ที่ กส.0032.307/778 ลว. 29 กรกฎาคม 2563	55,000.00	
			จำนวนเงินรวม	55,000.00	
			ภาษีหัก ณ ที่จ่าย	514.02	
			จำนวนเงินที่รับจริง	54,485.98	

ตัวอักษร

( ทำหมื่นสีพันสี่ร้อยแปดสิบห้าบาทเก้าสิบแปดสตางค์ )

โดยการเบิกจ่ายนี้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2562 และคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ 1895/2561 ลงวันที่ 5 มิถุนายน 2561 เรื่อง มอบอำนาจในการอนุมัติ จ่ายเงินบำรุงและขออนุมัติเงินบริจาคให้แก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุมัติ

(นางสาวมารีสา ศรีอนูวัตพงษ์)

ทันตแพทย์ปฏิบัติการ

อนุมัติ

(นายสุรเชษฐ์ ภูลวรรณ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้องชัย

จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว

(นางปิยาณี สุวรรณ)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

ผู้รับเงิน.....

(.....)



# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลชองชัย อำเภชองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โทร ๐ ๔๓๘๔ ๐๒๕๓

ที่ กส.๐๐๓๒.๓๐๗/๘๐๑

วันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานขอซื้อขอจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดกาฬสินธุ์

ด้วย โรงพยาบาลชองชัย อำเภชองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โทร ๐ ๔๓๘๔ ๐๒๕๓มีความประสงค์ จะ ครุภัณฑ์การแพทย์(เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ) จำนวน ๑ เครื่อง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เพื่อใช้ในการให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการในตึกผู้ป่วยในIPD

๒. รายละเอียดของพัสดุ

รายละเอียดตามเอกสารแนบ

๓. ราคาากลางของพัสดุที่จะซื้อจำนวน ๕๕,๐๐๐.๐๐ บาท (ห้าหมื่นห้าพันบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะซื้อ

เงินนอกงบประมาณจาก จำนวน ๕๕,๐๐๐.๐๐ บาท (ห้าหมื่นห้าพันบาทถ้วน)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๑๕ วัน นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจงเนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

ผู้ตรวจรับพัสดุ

๑. นางไพเราะ หัสจรรย์

ประธานกรรมการฯ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒. นายรัฐพล พรหมผล

กรรมการ

เภสัชกรชำนาญการ

๓. นางสาวสุทวาริการ์ พลพุทธา

กรรมการ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
อำนาจและหน้าที่

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงาน  
ขอซื้อดังกล่าวข้างต้น



(นางอรุณี ใบดี)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
เจ้าหน้าที่

เห็นชอบ



(นายเทวา แสนสุข)

เจ้าพนักงานพัสดุปฏิบัติงาน  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ



(นายสุรเชษฐ์ ภูลวรรณ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้องชัย

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดกาฬสินธุ์

# ใบแสดงรายละเอียดรายการสินค้าหรือบริการ

โรงพยาบาลมงซ์ชัย (00287890016000000)

เลขที่โครงการ : 63087472049

ชื่อโครงการ : ชื่อศูนย์การแพทย์(เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ) จำนวน 1 เครื่องโดยวิธีเฉพาะเจาะจง

วิธีการจัดหา : เฉพาะเจาะจง

ประเภทการจัดหา : ชื้อ

รหัส-ชื่อสินค้าหรือบริการ	งบประมาณ	ราคากลาง(ราคาอ้างอิง)	แหล่งที่มา
รายการพิจารณาที่ 1			
บีมีดีกระบอกสูบเข้าหลอดเลือดดำ(42.22.20.02 )	55,000.00	55,000.00	ใช้ราคาที่ได้มาจากการสืบราคาจากท้องตลาด

วันที่แสดงข้อมูล 23/08/2563

ผู้จัดทำ : วรพรรณ ภูทะวัง





# HK-100III Infusion Pump

## Feature & Functions:

### Compact design

The compact and light weight design save space and are beneficial during patient transfer  
Large & colorful LCD display

### Added safety

#### Free flow protection

The built-in flow stop feature helps reduce the risk of accidental free flow when pump door is open

#### Anti-bolus function

Diminishes the volume of unwanted Bolus after removal of the occlusion cause

#### Panel Lock

The panel lock feature helps prevent unauthorized changes of any instrument setting

### Versatile functions

1600 history records

Real time display

RS232 interface

90° rotatable pole clamp convenient for horizontal bar, vertical IV pole & platform use

### User-friendly operation

Soft key design, easy to operate

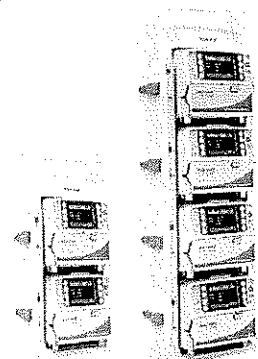
Load directly the last infusion rate and volume limit

Adjustable buzzer volume

Top indicator light reflects the operation state

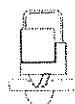
Night mode to ensure good rest of patients

Removable pump body for easy cleaning

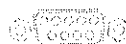


90° rotatable pole clamp

Fixation on vertical pole or horizontal bar

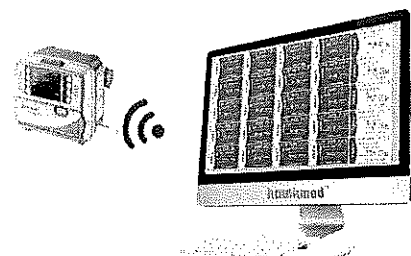


Free flow protection



RS232 interface

1300 event logs and alarm information can be transferred to computer for review



Wifi monitoring system (Option)



Removable pump body convenient for cleaning

**hawkmed**®

Shenzhen Hawk Medical Instrument Co., Ltd

www.hawkmedical.cn

**คุณลักษณะเฉพาะ**  
**เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ**

**๑. คุณสมบัติทั่วไป**

- ๑.๑ เป็นเครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ขนาดกระทัดรัด มีหูหิ้ว มีน้ำหนักไม่เกิน ๑.๔ กิโลกรัม สะดวกในการเคลื่อนย้าย และมีที่ยึดเครื่องเข้ากับเสาน้ำเกลือ
- ๑.๒ ใช้ได้กับไฟฟ้ากระแสสลับ ๑๐๐-๒๔๐ โวลต์ ๕๐/๖๐ เฮิร์ต ไฟฟ้าจากระบบแบตเตอรี่สำรองภายในชนิดประจุใหม่ได้ และต่อใช้งานกับแหล่งจ่ายไฟกระแสตรง ๑๒ โวลต์ได้

**๒. คุณลักษณะเฉพาะ**

- ๒.๑ ระบบควบคุมการให้สารละลายเป็นแบบ Peristaltic System และจอแสดงผลแบบสีชนิด LCD
- ๒.๒ สามารถตั้งอัตราการให้สารละลายได้ตั้งแต่ ๐.๑-๑,๒๐๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง โดยสามารถเพิ่มค่าได้ที่ละ ๐.๑๑, ๑, ๑๐, ๑๐๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง
- ๒.๓ สามารถกำหนดปริมาณของสารละลายที่จะให้ได้ตั้งแต่ ๑-๙,๙๙๙ มิลลิลิตร/ชั่วโมง หรือการให้ปริมาณของสารละลายเป็นแบบอิสระ(Conti)
- ๒.๔ สามารถแสดงปริมาณสารละลายที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่ ๐.๐-๓๖,๐๐๐ มิลลิลิตร
- ๒.๕ หน้าจอขณะทำงานสามารถแสดงทิศทางทวนเข็มของสารละลายที่จ่ายให้ผู้ป่วยได้
- ๒.๖ มีสัญญาณเตือนทั้งระบบแสง และเสียงให้ทราบถึงสถานะ ดังนี้ Door open, Air-In-Line, Occlusion, Infusion complete, Low Battery โดยเครื่องจะหยุดทำงานอัตโนมัติ ยกเว้นกรณี Low Battery Alarm
- ๒.๗ มีระบบเร่งสารละลาย (Purge rate) ในอัตราไม่น้อยกว่า ๖๐๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง ควบคุมโดยปุ่มทางด้านหน้าเครื่อง
- ๒.๘ มีสัญญาณไฟแสดงผล, เสียงเตือน และข้อความอักษรแสดงให้ทราบเมื่อปริมาตรของสารละลายถูกจ่ายไปตามกำหนดที่ตั้งไว้
- ๒.๙ มีระบบ KVO (Keep Vein Open) ซึ่งสามารถตั้งค่าได้ตั้งแต่ ๐-๑๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง เมื่อให้สารละลายครบตามจำนวนที่กำหนดไว้แล้ว
- ๒.๑๐ มีระบบล็อกสายอัตโนมัติ เมื่อมีการเปิดประตูเครื่อง
- ๒.๑๑ มีระบบยกเลิก (Clear)การแสดงผลของปริมาตรสารละลายที่ได้ให้ไป
- ๒.๑๒ สามารถเปลี่ยนอัตราการให้สารละลาย และปริมาตรที่ให้กับผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องหยุดการทำงานของเครื่อง

- ๒.๑๓ แบตเตอรี่สำรองภายในเครื่องเป็นชนิดประจุไฟเต็ม ๑๐ ชั่วโมง ในสภาวะเปิดเครื่อง และสามารถใช้งานได้อต่อเนื่องไม่น้อยกว่า ๓ ชั่วโมง ที่อัตราการไหล ๒๕ มิลลิลิตร/ชั่วโมง โดยมีแถบไฟบอกระดับไฟสำรองในแบตเตอรี่ ๓ ระดับ
- ๒.๑๔ สามารถเปลี่ยนระดับการตรวจจับอากาศในสาย (Air Bubble) ได้ไม่น้อยกว่า ๖ ระดับ
- ๒.๑๕ มีโหมดการทำงานไม่น้อยกว่า ๑๑ โหมด ตัวอย่างเช่น Rate mode, Drip mode, Time mode , Body Weight mode และ Micro mode
- ๒.๑๖ ตัวเครื่องสามารถบันทึกชื่อยี่ห้อของ IV SET ได้ไม่น้อยกว่า ๒๐ ชนิดและ สามารถเลือกใช้โดยกดปุ่มที่หน้าจอหลัก เพื่อความสะดวกไม่ต้องเข้าเซอร์วิส โหมด
- ๒.๑๗ มีสัญญาณไฟเตือนเมื่อเกิดความผิดปกติสังเกตได้ชัดเจน และสามารถแสดงสีเตือนได้ไม่น้อยกว่า ๓ สี ได้แก่ แดง, เหลือง, เขียว
- ๒.๑๘ สามารถตั้งระดับการตรวจจับความดันในสายได้ ๑๓ ระดับ ในช่วง ๑๐-๑๓๐ kPa. และมีแถบแจ้งเตือนเปลี่ยนสีวัดระดับความดันในสายได้ ๓ สี ได้แก่ แดง, เหลือง, เขียว
- ๒.๑๙ มีระบบตรวจสอบความผิดปกติระบบเครื่องด้วยตนเอง (self-check) และเปิดใช้งานหรือปิดการใช้งานระบบตรวจสอบความผิดปกติ
- ๒.๒๐ ผลิตภัณฑ์ผลิตจากโรงงานที่ได้รับมาตรฐาน ISO๑๓๔๘๕
- ๒.๒๑ เครื่องมีระบบมาตรฐานความปลอดภัยชนิด Class I, Type CF และกันน้ำระดับ IPX๓

### ๓. อุปกรณ์ประกอบ

- ๓.๑ เครื่อง infusion pump ๑ เครื่อง
- ๓.๒ เสาสแตนเลสจับยึดเครื่อง (ผลิตในประเทศไทย) ๑ อัน

### ๔. เงื่อนไขเฉพาะ

- ๔.๑ ผู้ขายต้องรับประกันคุณภาพตัวเครื่องเป็นเวลา ๑ ปี นับถัดจากวันส่งมอบ
- ๔.๒ ผู้เสนอราคามีหลักฐานการเป็นตัวแทนจำหน่าย โดยตรงจาก โรงงานผู้ผลิต หรือได้รับการแต่งตั้งจากตัวแทนในประเทศ
- ๔.๓ ผู้ขายต้องมีหนังสือยืนยันการสำรองอะไหล่จาก โรงงานผู้ผลิต ซึ่งยืนยันมีการสำรองอะไหล่ไม่น้อยกว่า 5 ปี
- ๔.๔ ผู้จำหน่ายจะต้องแสดงเอกสารผ่านการอบรมการซ่อมเครื่องจาก โรงงานผู้ผลิต และเอกสารการอบรมการทดสอบมาตรฐานความปลอดภัย และการสอบเทียบมาตรฐานการวัดเครื่องมือทางการแพทย์
- ๔.๕ มีคู่มือการใช้งาน ภาษาอังกฤษ ๑ ฉบับ และคู่มือการใช้งานภาษาไทย ๑ ฉบับ

# HK-100III Infusion Pump

## Specification

Model	HK-100 III Infusion Pump
Flow rate range	0.1~ 1200 ml/h Micro mode: 0.1-99.9 ml/hr in 0.1 ml increment
Infusion mode	Rate mode, Drip mode, Time mode, Body Weight mode, Dose mode, Drug library Sequential mode, Programmable, TPN mode, Intermittent, Micro mode
Volume to be infused (VTBI)	0~9999ml
Volume Infused ( $\Sigma$ )	0~36000 ml
Infusion accuracy	$\pm 5\%$
Applicable infusion set	20 Various brands of infusion set
KVO rate	1~10 ml/h
Bolus rate	300~600 ml/h
Purge	600 ml/h
Air bubble detection	Ultrasound sensor detection with 6 levels of air in line alarm adjustable
Occlusion pressure	13 adjustable occlusion pressure settings
Alarms	Visual and audible alarms: Door open, Air-In-Line, Occlusion, Infusion completion, infusion near over, Start reminder function, Low Battery, Battery depleted, malfunction etc.
Computer Interface	RS232, USB
History records	1600 history records
Power supply	AC:100~240V,50/60Hz DC:12V $\pm 1V$
Battery	Rechargeable lithium polymer battery,7.4V,1900mAh Can operate up to 5 hours at 25ml/h after fully charged.
Battery recharge time	10h with power on, 3h with power off
Power consumption	25VA
Classification	Class I, type CF
Waterproof Level	IPX3
Mode of operation	continuous (no limit)
Dimensions	145×100×120 mm (length×width×height)
Weight	$\leq 1.4$ kg
Operating conditions	Temperature:5°~40°,relative humidity:10~95%, Atmosphere pressure:86~106kPa
Transport conditions	Temperature-20°~+60°,relative humidity:10~95%, Atmosphere pressure:50~106kPa
Storage conditions	Temperature-20°~+45°,relative humidity:10~95%, Atmosphere pressure:50~106kPa

**hawkmed**<sup>®</sup> Shenzhen Hawk Medical Instrument Co., Ltd

Address: 2B, Building No.2, Aerospace Science & Industry factory areas,  
Yousong community, Longhua street, Bao'an District, Shenzhen, China.

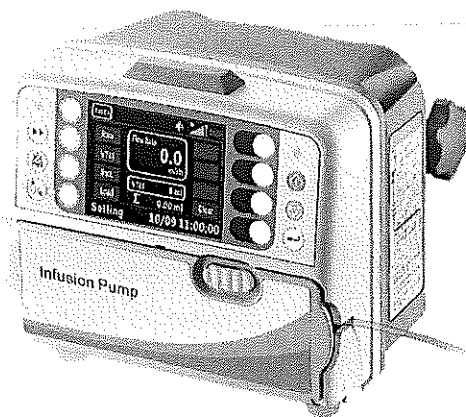
Postal code: 518109

Tel: 0086-755-8315 1901

Fax: 0086-755-8315 1906

Email: szhk@hawkmedical.cn

Web: www.hawkmedical.cn





# TT HEALTH CARE

552/1 ถ.กลางเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 โทร. 084-5159629

552/1 Soi.9, KangMuang Rd., Tambon.Nai Muang, Muang, KhonKacn, Thailand, 40000 Tel : 084-5159629

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3409900771142

เรื่อง เสนอราคาครุภัณฑ์การแพทย์

เลขที่ TGC-00004

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองชัย

ที่อยู่ ต.เมืองชัยพัฒนา อ.เมืองชัย จ.กาฬสินธุ์

รายการ	หน่วย	ราคาต่อหน่วย	รวมจำนวนเงิน (บาท)
1. เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ	1 เครื่อง	55,500	55,500
จำนวนเงินทั้งสิ้น			55,500 บาท

หมายเหตุ : ชำระเงินภายใน 30 วัน

กำหนดยื่นราคา 60 วัน

กำหนดส่งของภายใน 120 วัน หลังจากได้รับใบสั่งซื้อ

นางพญ สีหาราช  
(ตำแหน่งผู้จัดการ)

# เอ แอนด์ ที เมดิคอล

258 หมู่ 5 ถนนประชาสโมสร ซอย 52 ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 โทร : 086-6472116  
50, Moo.5, Pachasamosorn Rd., Tambon.Phalub, Muang, KhonKaen, Thailand, 40000 Tel : 086-6472116  
หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี 1409901065598

เลขที่ AT-K0004

## ใบเสนอราคา

เรื่อง เสนอราคาครุภัณฑ์การแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมั่งงัย ต.มั่งงัยพัฒนา อ.มั่งงัย จ.กาฬสินธุ์

ทางบริษัทฯ มีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่จะเสนอราคาครุภัณฑ์การแพทย์ตามรายการที่แนบมาพร้อมนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	รวม(บาท)
1	เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ	1	เครื่อง	55,800	55,800
	รวม				55,800

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ชำระเงินภายใน 30 วัน

กำหนดยื่นราคา 60 วัน

กำหนดส่งของภายใน 120 วันหลังจากได้รับใบสั่งซื้อ

รับประกันคุณภาพ 1 ปี

ขอแสดงความนับถือ

(นางทัศนีย์ ไชยศรี)

ผู้จัดการ

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน  
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์  
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า นายเทวา แสนสุข	เจ้าพนักงานพัสดุปฏิบัติงาน	(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นางอรุณี ไบติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	(เจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นางไพรสาร หัสจรรย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	(ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า นายรัฐพล พรหมผล	เภสัชกรชำนาญการ	(กรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า นางสาวสุทธาริการ์ พลพุทธา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	(กรรมการตรวจรับพัสดุ)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามา มีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติในหน่วยงาน เพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้าน

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม .....  
(นายเทวา แสนสุข)  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงนาม .....  
(นางอรุณี ไบติ)  
เจ้าหน้าที่

ลงนาม .....  
(นางไพรสาร หัสจรรย์)  
ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ

ลงนาม .....  
(นายรัฐพล พรหมผล)  
กรรมการตรวจรับพัสดุ

ลงนาม .....  
(นางสาวสุทธาริการ์ พลพุทธา)  
กรรมการตรวจรับพัสดุ

หมายเหตุ หากเพิ่มเติมคณะกรรมการสามารถดำเนินการภายใต้แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจ ฯ นี้ได้โดยอนุโลม



# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลช่องชัย อำเภอลำสนธิ จังหวัดกาฬสินธุ์ โทร ๐ ๔๓๘๔ ๐๒๕๓

ที่ กส.๐๐๓๒.๓๐๗/๗๗๘

วันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อสิ่งจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดกาฬสินธุ์

ขอรายงานผลการพิจารณาครุภัณฑ์การแพทย์(เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ)

จำนวน ๑ เครื่อง ดังนี้

รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาที่เสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ จำนวน ๑ เครื่อง	พาวเวอร์ เมด เซ็นเตอร์	๕๕,๐๐๐.๐๐	๕๕,๐๐๐.๐๐
รวม			๕๕,๐๐๐.๐๐

\* ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลช่องชัยพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อสิ่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

สุรเชษฐ์ ภูสุวรรณ

(นายสุรเชษฐ์ ภูสุวรรณ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลช่องชัย

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดกาฬสินธุ์



ประกาศโรงพยาบาลห้องชัย

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ครุภัณฑ์การแพทย์(เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ)  
จำนวน ๑ เครื่อง

ตามที่ โรงพยาบาลห้องชัย ได้มีโครงการ ครุภัณฑ์การแพทย์(เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ) จำนวน ๑ เครื่อง นั้น

เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ จำนวน ๑ เครื่อง ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ พาวเวอร์เมต เซ็นเตอร์ (ขายส่ง,ขายปลีก,ให้บริการ) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๕๕,๐๐๐.๐๐ บาท (ห้าหมื่นห้าพันบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

สุรเชษฐ์ ภูสุวรรณ

(นายสุรเชษฐ์ ภูสุวรรณ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้องชัย

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดกาฬสินธุ์



## ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย พาวเวอร์ เมต เซ็นเตอร์  
ที่อยู่ เลขที่ ๒๒๓ หมู่ ๑๑ ซอยฉัตรเพชร ถนนกลางเมือง  
ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐  
โทรศัพท์ ๐๖๑๙๔๘๗๙๖๐  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๔๐๓๕๖๓๐๐๒๖๓๗

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๗๔๘/๖๓  
วันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓  
ส่วนราชการ โรงพยาบาลห้องชัย  
ที่อยู่ ๒๒๓ ม.๑๑ ตำบลห้องชัยพัฒนา อำเภอห้องชัย จังหวัด  
กาฬสินธุ์  
โทรศัพท์ ๐๔๓๑๓๑๑๑๐

ตามที่ พาวเวอร์ เมต เซ็นเตอร์ ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลห้องชัย ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ	๑	เครื่อง	๕๕,๐๐๐.๐๐	๕๕,๐๐๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๕๕,๔๐๑.๘๗
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๓,๕๙๘.๑๓
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๕๕,๐๐๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๑๕ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลห้องชัย ๒๒๓ ม.๑๑
- ระยะเวลาประกัน ๗ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

### หมายเหตุ :

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๓๐๘๗๔๗๒๐๔๔ ศูนย์ปฏิบัติการแพทย์(เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ) จำนวน ๑ เครื่อง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งซื้อ

( นายสุรเชษฐ์ ภูลาวรรณ )

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้องชัย

วันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓

ลงชื่อ.....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(คุณ.....)

วันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เลขที่โครงการ ๖๓๐๘๗๔๗๒๐๔๙

เลขคุมสัญญา ๖๓๐๘๑๔๓๙๔๔๐๕



ห้างหุ้นส่วนจำกัด พาวเวอร์ เมด เซ็นเตอร์

Power Med Center Part., Ltd.

เอกสารออกเป็นชุด

223 หมู่ที่ 11 ซอยสีหะนุร ถนนประชาชื่น ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000 โทร.043-000606

223 Village No. 11, Soi Chat Phat, Klang Mueang Road, Mueang Kao Subdistrict Khon Kaen Khon Kaen Province 40000

Tel. 043-000606 Mobile. 091-8572602 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0403563102637

ต้นฉบับใบกำกับภาษี / ใบส่งสินค้า  
ORIGINAL TAX INVOICE / ORIGINAL DELIVERY ORDER

นามลูกค้า โรงพยาบาลส่องชัย  
ที่อยู่ ต.ส่องชัยพัฒนา อ.ส่องชัย จ.กาฬสินธุ์

เลขที่ P63-00009  
วันที่

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

ลำดับ	รายละเอียด	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน
1	เครื่องควบคุมการให้สายละลายทางหลอดเลือดดำ	1.00	เครื่อง	55,000.00	55,000.00
	6515-050-0001/5				
	ตรวจรับถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ) <u>ประจักษ์ พันธ์วิเศษ</u> ผู้ตรวจรับ ( <u>ประจักษ์ พันธ์วิเศษ</u> ) วันที่ 11 สิงหาคม 2563			ลงบัญชีเรียบร้อยแล้ว 21/08/2019 13:02 (2A-02.0)	
	ห้อง IPD ส่องชัย			จก/ 11/8/16-3	

ตัวอักษร. (ห้ามเว้นห่างเว้นบาทถ้วน)	รวมเงิน TOTAL	51,401.87
หมายเหตุ:	ส่วนลด DISCOUNT	0% 0.00
1. ให้นำใบกำกับภาษีมาชำระค่าขนส่งให้ถูกต้องก่อนนำสินค้าไปใช้รวมเงื่อนไขการรับประกัน 7 วัน 2. ภาษีมูลค่าเพิ่มหักส่วนลด	มูลค่าสินค้าหลังหักส่วนลด TOTAL AMOUNT AFTER DISCOUNT	51,401.87
3. โปรดแจ้งรายละเอียดของ "ห้างหุ้นส่วนจำกัด พาวเวอร์ เมด เซ็นเตอร์" ทั่วประเทศ	ภาษีมูลค่าเพิ่ม VAT	7% 3,598.13
	ยอดรวมสุทธิ GRAND TOTAL	55,000.00

กรณีชำระด้วยเช็ค ใบเสร็จฯ นี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้รับเงินแล้วเท่านั้น

ผู้รับสินค้า  
ลงวันที่

ผู้ส่งสินค้า  
ลงวันที่





ห้างหุ้นส่วนจำกัด พาวเวอร์เมด เซ็นเตอร์ เลขที่ 743 64

Power Med Center Part., Ltd.

เอกสารออกเป็นชุด

223 หมู่ที่ 11 ซอยวัดเพชร ต.หมากปลาบึง ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000 โทร.043-000606

223 Village No. 11, Soi Chet Phet, Klang Mueang Road, Mueang Kao Subdistrict Khon Kaen Khon Kaen Province 40000

Tel. 043-000606 Mobile. 091-8672602 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0403563002637

ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน  
ORIGINAL RECEIPT

นามลูกค้า โรงพยาบาลเมืองชัย  
ที่อยู่ ต.เมืองชัยพัฒนา อ.เมืองชัย จ.กาฬสินธุ์

เลขที่ P63-00009  
วันที่ 26 พ.ย. 63

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี

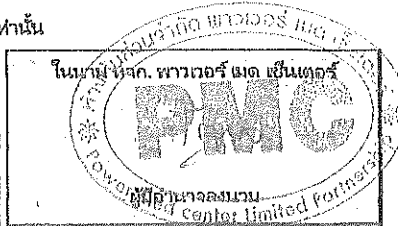
ลำดับ	รายละเอียด	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน
1	เครื่องควบคุมการให้สายละลายทางหลอดเลือดดำ	1.00	เครื่อง	55,000.00	55,000.00
			จ่ายเงินแล้ว		
			9/1/63		
			(นางปิยภาณี สุวรรณ)		
			ตำแหน่งงานการเงินและบัญชีที่หน่วยงาน		
			วันที่ 26/11/63 พ.ศ. ....		
			ลงบัญชีเรียบร้อยแล้ว		
			26 พ.ย. 2563		

ตัวอักษร. (ห้าทศนิยมห้าบาทถ้วน)	รวมเงิน TOTAL	51,401.87
<input type="checkbox"/> เงินสด วันที่ _____ บาท	ส่วนลด DISCOUNT	0% 0.00
<input type="checkbox"/> เงินโอนวันที่ _____ จำนวนเงิน _____ บาท	มูลค่าสินค้าหลังหักส่วนลด TOTAL AMOUNT AFTER DISCOUNT	51,401.87
<input type="checkbox"/> เช็คธนาคาร เลขที่ _____	ภาษีมูลค่าเพิ่ม VAT	7% 3,598.13
ลงวันที่ _____ จำนวนเงิน _____ บาท	ยอดรวมสุทธิ GRAND TOTAL	55,000.00

กรณียชำระด้วยเช็ค ใบเสร็จฯ นี้จะสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้รับเงินแล้วเท่านั้น

ผู้รับเงิน  
ลงวันที่

ผู้รับใบเสร็จ  
ลงวันที่



# ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๓

ตาม ใบสั่งซื้อสั่งจ้าง เลขที่ ๗๔๘/๖๓ ลงวันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓ โรงพยาบาลช่องชัย ได้ตกลง ซื้อ กับ พาวเวอร์ เมด เซ็นเตอร์ สำหรับโครงการ คุ้มครองการแพทย์(เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ) จำนวน 1 เครื่อง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๕๕,๐๐๐.๐๐ บาท (ห้าหมื่นห้าพันบาทถ้วน)

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏ ดังนี้

## ๑. ผลการตรวจรับ

ถูกต้อง

ครบถ้วนตามสัญญา

ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

## ๒. ค่าปรับ

มีค่าปรับ

ไม่มีค่าปรับ

## ๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๕๕,๐๐๐.๐๐ บาท

(ลงชื่อ).....*Prasert*.....ประธานกรรมการฯ  
(นางไพโรสาร์ หัสจรรย์)

(ลงชื่อ).....*Prasert*.....กรรมการ  
(นายรัฐพล พรหมผล)

(ลงชื่อ).....*Prasert*.....กรรมการ  
(นางสาวสุทธาริการ์ พลพุทธา)

หมายเหตุ : เลขที่โครงการ๖๓๐๘๗๔๗๒๐๔๙

เลขคุมสัญญา๖๓๐๘๑๔๓๙๔๔๐๕

เลขคุมตรวจรับ ๖๓๐๘A๑๕๐๐๘๓๙



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลชองชัย อำเภอลำลูกขัน จังหวัดกาฬสินธุ์ โทร ๐ ๔๓๘๔ ๒๐๕๒

ที่ กส.๐๐๓๒.๓๐๓/ ๓๓๐

วันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานการตรวจรับ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดกาฬสินธุ์

### ๑. เรื่องเดิม

ตามรายการจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์(เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ) จำนวน ๑ เครื่อง ที่ กส.๐๐๓๒.๓๐๑/๘๐๑ ลงวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๓ ได้แต่งตั้งให้ข้าพเจ้าผู้มีนามข้างท้ายเป็นผู้ตรวจรับพัสดุ นั้น ข้าพเจ้าได้ดำเนินการตรวจรับพัสดุ จาก ห้างหุ้นส่วนจำกัด พาวเวอร์ เมด เซ็นเตอร์ ที่อยู่ ๒๒๓ หมู่ ๑๑ ซอยฉัตรเพชร ถนนกลางเมือง ตำบลเมืองเก่า อำเภอมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐ ตามเงื่อนไขใบสั่งซื้อ เลขที่ ๗๔๘/๖๓ ลงวันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓ จำนวนเงิน ๕๕,๐๐๐ บาท (ห้าหมื่นห้าพันบาทถ้วน) ซึ่งผู้รับจ้าง ได้ส่งมอบงานตามใบสั่งจ้าง มาส่งมอบ ณ โรงพยาบาลชองชัย เมื่อวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ เป็นจำนวนครบถ้วน ถูกต้อง และมอบให้เจ้าหน้าที่พัสดุเรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ).....  
(.....)

(ลงชื่อ).....  
(.....)

(ลงชื่อ).....  
(.....)

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดกาฬสินธุ์

-คณะกรรมการตรวจรับพัสดุได้ทำการตรวจรับพัสดุ และรายงานผลให้ทราบ

ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ ข้อ ๑๗๕(๕)

-จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(นายเทวา แสนสุข)

เจ้าพนักงานพัสดุปฏิบัติงาน

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ทราบ

(ลงชื่อ).....

(นายสุรเชษฐ์ ภูสุวรรณ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชองชัย

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดกาฬสินธุ์

## ข้อมูลสาระสำคัญในสัญญา

เลขที่โครงการ	63087472049
ชื่อโครงการ	ศรภัณฑการแพทย์(เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ) จำนวน 1 เครื่อง
รหัสหน่วยงาน	00287890016000000
ชื่อหน่วยงาน	โรงพยาบาลช่องชัย
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร	0403563002637
ชื่อผู้เสนอราคา	พาวเวอร์ เมด เซ็นเตอร์
เลขที่สัญญา/ใบสั่งซื้อสั่งจ้าง	748/63
วันที่ทำสัญญา	30/07/2563 ระบุปีเป็นปีพุทธศักราชในรูปแบบ(วดดปปปป)
จำนวนเงิน	55,000.00
เลขคณสัญญาในระบบ e-GP	630814394405

หมายเหตุ : ชื่อผู้ขายหรือผู้รับจ้าง สีม่วง หมายถึง ผู้ขายหรือผู้รับจ้างเป็นกิจการร่วม (Consortium)

ยกเลิกข้อมูลที่แสดงบนเว็บไซต์

ดูรายละเอียดสัญญา

นำข้อมูลแสดงบนเว็บไซต์

กลับสู่หน้าหลัก



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลซ่งชัย อำเภอซ่งชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ โทร ๐ ๔๓๘๔ ๐๒๕๓

ที่ กส.๐๐๓๒.๓๐๓/๔๐๑

วันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลซ่งชัย

ด้วยกลุ่มการพยาบาล มีความประสงค์ขออนุมัติจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ เพื่อใช้ในการให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการตึกผู้ป่วยใน(IPD) โรงพยาบาลซ่งชัย และมีรายละเอียดดังนี้

ลำดับ	รายการ	ราคา/หน่วย	จำนวน	จำนวน (บาท)	ส.ต.
๑	เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ	๕๕,๐๐๐.๐๐	๑ เครื่อง	๕๕,๐๐๐	-
	( ห้าหมื่นห้าพันบาทถ้วน )		รวมทั้งสิ้น	๕๕,๐๐๐	-

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

( นางวรวรรณ ภูทะวัง )  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

อนุมัติ

( นายสุรเชษฐ์ ภูสุวรรณ )  
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลซ่งชัย

# หนังสือมอบอำนาจ

ทำที่ห้างหุ้นส่วนจำกัด พาวเวอร์ เมด เซนเตอร์

วันที่ 25 พฤศจิกายน 2567

ข้าพเจ้า นายรัฐพล สีหาราช ผู้มีอำนาจลงนามผูกพัน หจก.พาวเวอร์ เมด เซนเตอร์ ตั้งอยู่เลขที่ 223 หมู่ 11

ซอย ฉัตรเพชร ถนนกลางเมือง ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 ขอมอบอำนาจให้

นางสาวศิริมาพร สีหาราช ตามบัตรประชาชนเลขที่ 3 4101 00810 955 วันออกบัตร 21 ก.พ. 2558

วันบัตรหมดอายุ 24 ธ.ค. 2567 ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่ 194/41 ต. 6 ม. 10 อ. 100 ก. 10000

เป็นผู้มีอำนาจทำการแทนในการดังต่อไปนี้

- ซื้อ / รับ เอกสารสอปรราคา / ประกวตราดา เอกสารเลขที่.....
- ลงนามในใบเสนอราคาและเอกสารต่างๆ แทน หจก.พาวเวอร์ เมด เซนเตอร์
- ยื่น / เปิด ของสอปรราคาและต่อรองราคา / ประกวตราดา เอกสารเลขที่.....
- ทำสัญญา.....
- เก็บเงิน และ รับเช็ค.....
- กระทำการอื่นๆ ( ถ้ามี ).....

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งการมอบอำนาจนี้ เสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำ  
เองทุกประการ ทั้งนี้ได้ลงนามต่อหน้าพยานไว้ท้ายหนังสือฉบับนี้แล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้มอบอำนาจ

(นายรัฐพล สีหาราช)

ลงชื่อ ..... ผู้รับมอบอำนาจ

(นางสาวศิริมาพร สีหาราช)

ลงชื่อ ..... พยาน

(นายสมชาย สีหาราช)

ลงชื่อ ..... พยาน

(นายสมชาย สีหาราช)



ทะเบียนเลขที่ 0403563002637



แบบ พค. 0401

กรมพัฒนาธุรกิจการค้า  
ใบสำคัญแสดงการจดทะเบียนห้างหุ้นส่วนบริษัท

ใบสำคัญนี้ออกให้เพื่อแสดงว่า

ห้างหุ้นส่วนจำกัด พาวเวอร์ เมด เซ็นเตอร์

ได้จดทะเบียนเป็นนิติบุคคลตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์


ณ สำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท จังหวัด ขอนแก่น

*วิภา ฤทธิ*  
*itg rco*

เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2563

นายปรัชพล สีหาราช  
ตำแหน่งผู้จัดการ

ออกให้ ณ วันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2563

  
(นางปิยวรรณ โยมา)  
นายทะเบียน



e-GP 03-0102

วันที่แจ้งลงทะเบียน 21/07/2563

แบบแสดงการลงทะเบียนในระบบ e-GP

วันที่อนุมัติ 22/07/2563

ลำดับการลงทะเบียน M-2563-023581

วันที่เริ่มใช้งาน 22/07/2563

สำหรับผู้ประกอบการที่จะทำธุรกรรมกับภาครัฐ

1.เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร(0403563002637) ประเภทผู้ประกอบการ นิติบุคคล

2.ชื่อสถานประกอบการ พาวเวอร์ เมด เซ็นเตอร์  
ชื่อภาษาอังกฤษ (ถ้ามี) Power Med Center

3.ที่ตั้งสำนักงาน : อาคาร ชั้นที่ หมู่บ้าน  
เลขที่ 223 หมู่ที่ 11 ตรอก/ซอย ฉัตรเพชร ถนน กลางเมือง  
ตำบล/แขวง เมืองเก่า อำเภอ/เขต เมืองขอนแก่น จังหวัด ขอนแก่น  
รหัสไปรษณีย์ 40000 โทรศัพท์ 0619487960 อีเมล powermedcenter@gmail.com

<p>4.กรณีบุคคลธรรมดา (เลขประจำตัวประชาชน - )</p> <p>วัน/เดือน/ปีเกิด <span style="margin-left: 150px;">สัญชาติ ไทย</span></p> <p>5.กรณีนิติบุคคล ทะเบียนนิติบุคคลเลขที่ 0403563002637 วันเดือนปีที่จดทะเบียน 18/06/2536 จดทะเบียนที่ ทุน (1) เงินทุนจดทะเบียน 1000000.00 (บาท) (2) ทุนจดทะเบียนที่ชำระแล้ว 1000000.00 (บาท)</p>	<p>6.ประเภทของการประกอบกิจการ</p> <table border="0"> <tr> <td style="width: 50%;">ประเภทกิจการ</td> <td style="width: 50%;">ประเภทสินค้าและหรือบริการ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ผลิต</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> วัสดุครุภัณฑ์</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ส่งออก</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> ขายส่ง</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> จ้างก่อสร้าง</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> ขายปลีก</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> จ้างเหมา</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> ให้บริการ</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> เช่า</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> จ้างที่ปรึกษา</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/> จ้างออกแบบและควบคุม</td> </tr> </table>	ประเภทกิจการ	ประเภทสินค้าและหรือบริการ	<input type="checkbox"/> ผลิต	<input checked="" type="checkbox"/> วัสดุครุภัณฑ์	<input type="checkbox"/> ส่งออก	<input checked="" type="checkbox"/> ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง	<input checked="" type="checkbox"/> ขายส่ง	<input checked="" type="checkbox"/> จ้างก่อสร้าง	<input checked="" type="checkbox"/> ขายปลีก	<input checked="" type="checkbox"/> จ้างเหมา	<input checked="" type="checkbox"/> ให้บริการ	<input checked="" type="checkbox"/> เช่า		<input checked="" type="checkbox"/> จ้างที่ปรึกษา		<input checked="" type="checkbox"/> จ้างออกแบบและควบคุม
ประเภทกิจการ	ประเภทสินค้าและหรือบริการ																
<input type="checkbox"/> ผลิต	<input checked="" type="checkbox"/> วัสดุครุภัณฑ์																
<input type="checkbox"/> ส่งออก	<input checked="" type="checkbox"/> ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง																
<input checked="" type="checkbox"/> ขายส่ง	<input checked="" type="checkbox"/> จ้างก่อสร้าง																
<input checked="" type="checkbox"/> ขายปลีก	<input checked="" type="checkbox"/> จ้างเหมา																
<input checked="" type="checkbox"/> ให้บริการ	<input checked="" type="checkbox"/> เช่า																
	<input checked="" type="checkbox"/> จ้างที่ปรึกษา																
	<input checked="" type="checkbox"/> จ้างออกแบบและควบคุม																

กรณีผู้ลงทะเบียนลงข้อมูลหรือรูปภาพที่ไม่เหมาะสมในระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ จะถูกลงโทษเป็นผู้ทำงาน วิภาดา

กรณีผู้ลงทะเบียนกระทำการใดๆอันเป็นการลวงละเมิดสิทธิ์ในทรัพย์สินทางปัญญา ผู้ลงทะเบียนจะต้องรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียว

หมายเหตุ : แบบแสดงการลงทะเบียนในระบบ e-GP สามารถนำไปยื่นพร้อมเอกสารการเสนอราคา กับหน่วยงานภาครัฐ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2555 เป็นต้นไป สำหรับการจัดซื้อจัดจ้างที่มีมูลค่าตั้งแต่ 2,000,000 บาท (สองล้านบาท) ขึ้นไป ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการจัดทำ และแสดงบัญชี รายการรับจ่ายของโครงการที่บุคคลหรือนิติบุคคลเป็นผู้สัญญากับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2554 และแก้ไขเพิ่มเติมที่กำหนดให้ผู้ที่จะเข้าเป็นผู้สัญญากับหน่วยงานภาครัฐที่สัญญามีมูลค่าตามจำนวนเงินดังกล่าวต้องลงทะเบียนในระบบ e-GP

นายบัญชา สิทราช  
ตำแหน่งผู้จัดการ

พิมพ์เมื่อวันที่ 22/07/2563 เวลา 21:46:03 น. รหัส 3RLc4d



**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน 1 4099 00063 50 8  
 Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล นาย ปัทพล สีหาราช  
 Name Mr. Pattapol  
 Last name Seeharach  
 เกิดวันที่ 15 ส.ค. 2527  
 Date of Birth 15 Aug. 1984

ชาย 170  
 170  
 160  
 150  
 140  
 130

ที่อยู 223 หมู่ที่ 11 ต.เมืองเก่า อ.เมืองขอนแก่น  
 9.500000  
 9 ส.ค. 2563  
 วันออกบัตร  
 8 Apr. 2020  
 Date of issue

14 ส.ค. 2574  
 วันหมดอายุ  
 14 Aug. 2030  
 Date of expiry

4001-03-04091347

11/16/2020

Ugon  
 Ugon



BORA-10.7-05-2562



ประเทศไทย  
 THAILAND

MS-10010-12

**บัตรประชาชน** National ID Card  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number: **3 4101 00810 93 5**

ชื่อคนละชื่อสกุล นาย **สันติราษฎร์ เสวตวงษ์**  
 Name: Mr. Santirat  
 Last name: Sewetawong

เกิดวันที่ 25 มี.ค. 2514  
 Date of Birth: 25 Mar. 1971

ศาสนา พุทธ  
 ศาสนา: Buddhism

ที่อยู่ 194/41 หมู่ที่ 8 ต.ในเมือง อ.เมืองขอนแก่น  
 จ.ขอนแก่น  
 21 มี.ค. 2568  
 วันออกบัตร 21 Jul. 2016  
 Date of Issue

24 มี.ค. 2567  
 วันบัตรหมดอายุ 24 Mar. 2024  
 Date of Expiry


4099-02-07211061




*Santirat*




BORA-8.3-02



ประเทศไทย  
 THAILAND

ฉบับที่ 1 (สำหรับผู้ถูกหักภาษี ณ ที่จ่าย ใช้แนบพร้อมกับแบบแสดงรายการภาษี)

ฉบับที่ 2 (สำหรับผู้ถูกหักภาษี ณ ที่จ่าย เก็บไว้เป็นหลักฐาน)

หนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย		เลขที่.....					
ตามมาตรา 50 ทวิ แห่งประมวลรัษฎากร		เลขที่ 2563-53-173					
ผู้มีหน้าที่หักภาษี ณ ที่จ่าย :-	เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร	0 9 9 4 0 0 1 3 3 8 6 9 8					
ชื่อ .....	โรงพยาบาลทองชัย (ให้ระบุว่าเป็น บุคคล นิติบุคคล บริษัท สมาคม หรือคณะบุคคล)						
ที่อยู่ .....	223 หมู่ 11 อาคารโรงพยาบาลทองชัย ถนน- ตำบลทองชัยพัฒนา อำเภอทองชัย จังหวัดกาฬสินธุ์ 46130 (ให้ระบุ ชื่ออาคาร/หมู่บ้าน หองเลขที่ ชั้นที่ เลขที่ ตรอก/ซอย หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด)						
ผู้ถูกหักภาษี ณ ที่จ่าย :-	เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร	0 4 0 3 5 6 3 0 0 2 6 3 7					
ชื่อ .....	ห้างหุ้นส่วนจำกัด ทาวเวอร์ เมด เซ็นเตอร์ (ให้ระบุว่าเป็น บุคคล นิติบุคคล บริษัท สมาคม หรือคณะบุคคล)						
ที่อยู่ .....	223 หมู่ 11 ซอยฉัตรเพชร ถนนกลางเมือง ตำบลเมืองเก่า อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น (ให้ระบุ ชื่ออาคาร/หมู่บ้าน หองเลขที่ ชั้นที่ เลขที่ ตรอก/ซอย หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด)						
ลำดับที่	16	โนแบบ					
(ให้สามารถอ้างอิงหรือสอบย้อนคืนได้ระหว่างลำดับที่ตามหนังสือรับรองฯ กับแบบยื่นรายการภาษีหักที่จ่าย)							
<input type="checkbox"/>	(1) ภ.ง.ด.1ก	<input type="checkbox"/>	(2) ภ.ง.ด.1ก พิเศษ	<input type="checkbox"/>	(3) ภ.ง.ด.2	<input type="checkbox"/>	(4) ภ.ง.ด.3
<input type="checkbox"/>	(5) ภ.ง.ด.2ก	<input type="checkbox"/>	(6) ภ.ง.ด.3ก	<input checked="" type="checkbox"/>	(7) ภ.ง.ด.53		
ประเภทเงินได้ที่ประเมินที่จ่าย	วัน เดือน หรือปีภาษี ที่จ่าย	จำนวนเงินที่จ่าย		ภาษีที่หักและนำส่งไว้			
ค่าครุภัณฑ์การแพทย์	26/11/2563	51,401	87	514	02		
รวมเงินภาษีที่หักนำส่ง		51,401	87	514	02		
รวมเงินภาษีที่หักนำส่ง (ตัวอักษร)	ห้าร้อยสิบสี่บาทสองสตางค์						
เงินที่จ่ายเข้า กบข./กสจ./กองทุนสงเคราะห์ครูโรงเรียนเอกชน.....บาท	กองทุนประกันสังคม.....บาท	กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ.....บาท					
ผู้จ่ายเงิน	<input checked="" type="checkbox"/> (1) หัก ณ ที่จ่าย	<input type="checkbox"/> (2) ออกให้ตลอดไป	<input type="checkbox"/> (3) ออกให้ครั้งเดียว	<input type="checkbox"/> (4) อื่น ๆ (ระบุ).....			
คำเตือน	ผู้มีหน้าที่ออกหนังสือรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย ผ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามมาตรา 50 ทวิ แห่งประมวลรัษฎากร ต้องรับโทษทางอาญาตามมาตรา 35 แห่งประมวลรัษฎากร		ขอรับรองว่าความและตัวเลขดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ ลงชื่อ 				
			26 / พฤศจิกายน / 2563 (วัน เดือน ปี ที่ออกหนังสือรับรองฯ)				



หมายเหตุ เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร (13 หลัก)\* หมายถึง

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