



ประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง ประกวดราคาเช่าเครื่องตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมัติ
พร้อมน้ำยาที่ใช้กับเครื่องตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมัติ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น ด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding)

จังหวัดขอนแก่น มีความประสงค์จะประกวดราคาเช่าเครื่องตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมัติ พร้อมน้ำยาที่ใช้กับเครื่องตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมัติ ของโรงพยาบาลขอนแก่น ด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ ราคาของงานเช่าในการประกวดราคา ครั้งนี้ เป็นเงินทั้งสิ้น ๓,๗๕๐,๐๐๐.-บาท (สามล้านเจ็ดแสนห้าหมื่นบาทถ้วน) (๗๕๐,๐๐๐.-บาท/ปี) ระยะเวลาเช่า ๕ ปี

ผู้ยื่นข้อเสนอจะต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

๑. มีความสามารถตามกฎหมาย
๒. ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย
๓. ไม่อยู่ระหว่างเลิกกิจการ
๔. ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ระหว่างถูกระงับการยื่นข้อเสนอหรือทำสัญญากับหน่วยงานของรัฐไว้ชั่วคราว เนื่องจากเป็นผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการตามระเบียบที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังกำหนดตามที่ประกาศเผยแพร่ในระบบเครือข่ายสารสนเทศของกรมบัญชีกลาง
๕. ไม่เป็นบุคคลซึ่งถูกระงับชื่อไว้ในบัญชีรายชื่อผู้ทำงานและได้แจ้งเวียนชื่อให้เป็นผู้ทำงานของหน่วยงานของรัฐในระบบเครือข่ายสารสนเทศของกรมบัญชีกลาง ซึ่งรวมถึงนิติบุคคลที่ผู้ทำงานเป็นหุ้นส่วนผู้จัดการ กรรมการผู้จัดการ ผู้บริหาร ผู้มีอำนาจในการดำเนินงานในกิจการของนิติบุคคลนั้นด้วย
๖. มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามที่คณะกรรมการนโยบายการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐกำหนดในราชกิจจานุเบกษา
๗. เป็นนิติบุคคลผู้มีอาชีพให้เช่าพัสดุที่ประกวดราคาเช่าด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ ดังกล่าว
๘. ไม่เป็นผู้มีผลประโยชน์ร่วมกันกับผู้ยื่นข้อเสนอรายอื่นที่เข้ายื่นข้อเสนอให้แก่จังหวัดขอนแก่น ณ วันประกาศประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ หรือไม่เป็นผู้กระทำการอันเป็นการขัดขวางการแข่งขันอย่างเป็นธรรมในการประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ครั้งนี้
๙. ไม่เป็นผู้ได้รับเอกสิทธิ์หรือความคุ้มกัน ซึ่งอาจปฏิเสธไม่ยอมขึ้นศาลไทย เว้นแต่รัฐบาลของผู้ยื่นข้อเสนอได้มีคำสั่งให้สละเอกสิทธิ์ความคุ้มกันเช่นนั้น

๑๐. ผู้ยื่นข้อเสนอที่ยื่นข้อเสนอในรูปแบบของ “กิจการร่วมค้า” ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

กรณีที่ข้อตกลงฯ กำหนดให้ผู้เข้าร่วมค้ารายใดรายหนึ่งเป็นผู้เข้าร่วมค้าหลัก ข้อตกลงฯ จะต้องมีการกำหนดสัดส่วนหน้าที่ และความรับผิดชอบในปริมาณงาน สิ่งของ หรือมูลค่าตามสัญญาของผู้เข้าร่วมค้าหลักมากกว่าผู้เข้าร่วมค้ารายอื่นทุกราย

กรณีที่ข้อตกลงฯ กำหนดให้ผู้เข้าร่วมค้ารายใดรายหนึ่งเป็นผู้เข้าร่วมค้าหลักกิจการร่วมค้านั้นต้องใช้ผลงานของผู้เข้าร่วมค้าหลักรายเดียวเป็นผลงานของกิจการร่วมค้าที่ยื่นข้อเสนอ

สำหรับข้อตกลงฯ ที่ไม่ได้กำหนดให้ผู้เข้าร่วมค้ารายใดเป็นผู้เข้าร่วมค้าหลักผู้เข้าร่วมค้าทุกรายจะต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในเอกสารเชิญชวน

๑๑. ผู้ยื่นข้อเสนอต้องลงทะเบียนในระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Government Procurement : e - GP) ของกรมบัญชีกลาง

ผู้ยื่นข้อเสนอต้องยื่นข้อเสนอและเสนอราคาทางระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์ ในวันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ระหว่างเวลา ๐๘.๓๐ น. ถึงเวลา ๑๖.๓๐ น.

ผู้สนใจสามารถขอซื้อเอกสารประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ ในราคาชุดละ ๒๐๐.-บาท (สองร้อย บาทถ้วน) ผ่านทางระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์และชำระเงินผ่านทางธนาคาร ตั้งแต่วันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔ โดยดาวน์โหลดเอกสารผ่านทางระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์ ได้ภายหลังจากชำระเงินเป็นที่เรียบร้อยแล้วจนถึงก่อนวันเสนอราคา

ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดได้ที่ เว็บไซต์ www.kkh.go.th, www.khonkaen.go.th หรือ www.gprocurement.go.th หรือสอบถามทางโทรศัพท์หมายเลข ๐-๔๓๐๐-๙๙๐๐ ต่อ ๓๗๕๐ ในวันและเวลาราชการ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

รายละเอียดการเข้าเครื่องตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมิติ พร้อมน้ำยาที่ใช้กับ
เครื่องตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมิติ
โรงพยาบาลขอนแก่น

๑.วัตถุประสงค์

๑.๑ ต้องการเข้าเครื่องตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมิติ จำนวน ๑ ชุด พร้อม
น้ำยาตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมิติ จำนวน ๓๐,๐๐๐ test

๒.ขอบข่ายของงาน

๒.๑ ผู้ให้เข้าจะต้องให้เข้าเครื่องวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมิติ จำนวน ๑ ชุด ดังนี้
๒.๑.๑ เครื่องวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมิติ จำนวน ๑ ชุด มีคุณสมบัติด้านเทคนิค
ของเครื่อง ดังนี้

๒.๑.๑.๑ เป็นชุดน้ำยาตรวจวิเคราะห์แยกชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงด้วย
เครื่องมืออัตโนมิติ สำหรับใช้ในการตรวจวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมีย ฮีโมโกลบินปกติและผิดปกติ

๒.๑.๑.๒ ใช้สำหรับตรวจวิเคราะห์แยกชนิดและหาปริมาณของฮีโมโกลบิน โดยใช้หลักการ
High Performance Liquid Chromatography (HPLC) หรือ Capillary Electrophoresis เช่น
Hb A, Hb A_๒, Hb E, Hb F, Hb C, Hb S

๒.๑.๑.๓ แสดงผลการตรวจเป็นกราฟความเข้มข้นของฮีโมโกลบินแต่ละชนิด ทางหน้าจอ
คอมพิวเตอร์ ประมวลผลและมีหลักเกณฑ์การแยกชนิดฮีโมโกลบิน ปริมาณของฮีโมโกลบินแต่ละชนิด
เป็นร้อยละ ในการวิเคราะห์ตัวอย่างเป็นรายๆ

๒.๑.๑.๔ สามารถเก็บข้อมูลการวิเคราะห์แต่ละตัวอย่างในรูปของไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ลงใน
เครื่องประมวลผลและวินิจฉัยได้ พร้อมทั้งสามารถเก็บข้อมูลในอุปกรณ์บันทึกข้อมูลจากคอมพิวเตอร์
มีความจุสูง (Flash drive) และสามารถพิมพ์ผลออกมาทางเครื่องพิมพ์ที่ต่อกับเครื่องคอมพิวเตอร์
และวินิจฉัยได้ในรูปของกราฟความเข้มข้นของฮีโมโกลบินแต่ละชนิด

๒.๑.๑.๕ มีสารควบคุมคุณภาพ ๒ ระดับ คือ Control Low และ Control High มี
พารามิเตอร์ของ Control Low และ Control High อย่างน้อย ๒ พารามิเตอร์ (Hb A_๒ และ Hb F)
และมีระบบ plot graf แสดงค่า Mean $\pm$ ๒SD สำหรับใช้ติดตามควบคุมคุณภาพในห้องปฏิบัติการ

๒.๒ ผู้ให้เข้าจะต้องจัดหา น้ำยาที่เป็นยี่ห้อเดียวกับเครื่องตรวจวิเคราะห์ตามปริมาณการใช้ต่อปีดังนี้

๒.๒.๑ น้ำยาตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมิติ จำนวน ๖,๐๐๐ test

๒.๓ ชุดน้ำยาต้องอยู่ในลักษณะพร้อมใช้งาน สำหรับใช้ร่วมกับเครื่องตรวจวิเคราะห์

๒.๔ น้ำยาที่ส่งมอบต้องมีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๖ เดือน นับจากวันที่ส่งมอบ

๒.๕ น้ำยาที่มีการบรรจุหีบห่ออย่างดี แข็งแรงที่บรรจุภัณฑ์ระบุชื่อน้ำยา Lot น้ำยา และ วันหมดอายุ

๒.๖ ชุดน้ำยาบรรจุอยู่ในภาชนะระบบปิดได้มาตรฐาน

๒.๗ น้ำยาเป็นของแท้จากผู้ผลิตโดยตรงโดยไม่มีการดัดแปลง

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ
(นางสาวมนธนา จันทนิยม)
ลงชื่อ.....กรรมการ ลงชื่อ.....พัชรินทร์ สันทิพย์ กรรมการ
(นางสาวกาญจนา โภณการ) (นางสาวพัชรินทร์ สันทิพย์)

๒.๘ ผู้ให้เช่าต้องเสนอราคาค่าตรวจเป็นเทสต์

๒.๙ ผู้ให้เช่าต้องรับผิดชอบในการติดตั้งเครื่องวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมัติ อย่างน้อย ๑ ชุด ประกอบไปด้วยเครื่องวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมัติ ๑ ชุด

เครื่องประมวลผลและวินิจฉัย เครื่องประมวลผลสำรองและการเก็บข้อมูล ใช้ไฟฟ้า ๒๒๐ โวลต์ ๕๐ เฮิร์ตซ์ ปริ้นเตอร์และตลับหมึกสำรองตลอดอายุสัญญาโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ต้องติดตั้งภายใน ๙๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ลงนามในสัญญา และมีการทดสอบเครื่องให้พร้อมใช้งานตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ ด้วยค่าใช้จ่ายของผู้ให้เช่าจนสามารถใช้งานได้

๒.๑๐ ผู้ให้เช่าต้องสนับสนุนน้ำยาปรับเทียบ (Calibrator) และน้ำยาที่ใช้ในการควบคุมคุณภาพ (Control Material) ให้เพียงพอสำหรับการใช้งาน

๒.๑๑ ผู้ให้เช่าต้องจัดหาชุดควบคุมกระแสไฟฟ้า (UPS) ให้มีขนาดเหมาะสมกับเครื่องตรวจวิเคราะห์ที่ติดตั้ง

๒.๑๒ ผู้ให้เช่าต้องรับผิดชอบการทดสอบคุณภาพในการควบคุมคุณภาพจากองค์กรภายนอก (EQA) อย่างน้อย ๑ โครงการ

๒.๑๓ ผู้ให้เช่าต้องได้รับใบอนุญาตการนำเข้าและจัดจำหน่ายจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย เครื่องตรวจวิเคราะห์อัตโนมัติ และน้ำยาที่เกี่ยวข้องในการวิเคราะห์ต้องได้รับการรับรองคุณภาพระดับสากล USFDA หรือ CE mark หรือ ISO ๑๕๑๙๓, ISO ๑๕๑๙๔ หรือ ISO ๑๓๔๘๕ หรือมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล

๒.๑๔ ผู้ให้เช่าต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายค่าสิทธิในการใช้โปรแกรม LIS และการเชื่อมต่อโปรแกรม LIS กับระบบข้อมูลของโรงพยาบาลรวมถึงค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาประจำปี

๒.๑๕ ผู้ให้เช่าต้องเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบในการตรวจสอบ และบำรุงรักษาเครื่องตามมาตรฐานให้เครื่องสามารถ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการจัดทำตารางเวลาบำรุงรักษาตลอดอายุสัญญา

๒.๑๖ กรณีเครื่องตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมัติชำรุด ผู้ให้เช่าต้องจัดหาช่างมาทำการซ่อมให้พร้อมใช้งานภายในเวลา ๒๔ ชั่วโมงนับแต่ได้รับแจ้ง และผู้ให้เช่าเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งค่าแรงช่างซ่อม และอะไหล่ ตลอดอายุสัญญา

๒.๑๗ ผู้ให้เช่าต้องจัดอบรมแนวทางการใช้งานเครื่องแก่ผู้ปฏิบัติงาน และอบรมแนวทางการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นแก่นักเทคนิคการแพทย์ผู้รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอตลอดอายุสัญญา อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๒.๑๘ ผู้ให้เช่าต้องจัดหาโต๊ะวางเครื่องตรวจและชุดคอมพิวเตอร์ประมวลผลสำหรับเครื่องมือทุกชิ้นอย่างเหมาะสม

๒.๑๙ ผู้ให้เช่าต้องจัดหาคอมพิวเตอร์เพื่อใช้เป็น Host เชื่อมต่อกับระบบ LIS ของศูนย์ธาลัสซีเมีย ให้เพียงพอกับเครื่องตรวจวิเคราะห์ที่ติดตั้ง

๒.๒๐ ผู้เสนอราคาที่ได้รับการคัดเลือกแล้วจะต้องทำราคาค่าเช่าพร้อมน้ำยาแต่ละรายการ โดยต้องไม่สูงกว่าราคาต่อหน่วยของราคากลาง และกรณีที่ราคารวมที่เสนอต่ำกว่าราคากลาง ผู้เสนอราคาจะต้องลดราคาของค่าเช่าพร้อมน้ำยาแต่ละรายการในอัตราร้อยละของราคาที่เสนอลดในราคารวม

๒.๒๑ ผู้ให้เช่าต้องเพิ่มเครื่องมือหรือเปลี่ยนเครื่องมือที่มีศักยภาพสูงขึ้นให้กับโรงพยาบาลในกรณีที่โรงพยาบาลมีปริมาณงานเพิ่มมากขึ้นหรือไม่เพียงพอกับการใช้งานโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายใดๆ ภายในอายุสัญญา

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ
(นางสาวมนธนา จันทรมิณ)
ลงชื่อ.....กรรมการ ลงชื่อ.....พัชรีนทร์ สีสาทิพย์.....กรรมการ
(นางสาวกาญจนา โภณการ) (นางสาวพัชรีนทร์ สีสาทิพย์)

๒.๒๒ ในกรณีที่เครื่องมือไม่ใช่แล้ว ผู้ให้เช่าจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการขนย้ายเครื่องมือให้เสร็จภายใน ๑๕ วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับแจ้ง แล้วปรับปรุงสถานที่ติดตั้งให้อยู่ในสภาพเดิมด้วยค่าใช้จ่ายของผู้ให้เช่าเองทั้งสิ้น

๓. ระยะเวลาการเช่า

ระยะเวลา ๕ ปี นับแต่ผู้เช่าได้รับมอบเครื่องตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมัติ ที่ติดตั้งพร้อมใช้งานจากผู้ให้เช่า

๔. วิธีการชำระค่าเช่าพร้อมน้ำยา

๔.๑ ค่าเช่าเครื่องตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมัติ พร้อมการจัดหาน้ำยาที่ใช้กับเครื่องตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมัติ ชำระเป็นรายเดือนโดยคิดยอดชำระจากปริมาณรายงานการทดสอบที่สมบูรณ์

๕. ข้อกำหนดเมื่อสิ้นสุดสัญญาเช่า

ผู้ให้เช่าจะต้องนำเครื่องตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมัติ พร้อมอุปกรณ์ ออกนอกพื้นที่ของโรงพยาบาล แล้วปรับปรุงสถานที่ให้อยู่ในสภาพเดิมด้วยค่าใช้จ่ายของผู้ให้เช่าภายใน ๑๕ วัน

๖. หลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือก

ใช้เกณฑ์ราคา

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ
(นางสาวมนธนา จันทรมิยม)
ลงชื่อ.....กรรมการ ลงชื่อ.....กรรมการ
(นางสาวกาญจนา โถมนาคาร) (นางสาวพัชรินทร์ สีหาพิทย์)

ใบเสนอราคาเช่าเครื่องตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมัติ
พร้อมน้ำยาที่ใช้กับเครื่องตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมัติ

รายละเอียดสินค้า	จำนวน	ราคา/test	จำนวนเงิน
1. น้ำยาตรวจชนิดและปริมาณฮีโมโกลบิน (Hb typing)	30,000	125.00	3,750,000.-
		รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	3,750,000.-

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ
(นางสาวมนธนา จันทนิยม)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

(ลงชื่อ).....กรรมการ
(นางสาวกาญจนา โภมนาการ)
นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ

(ลงชื่อ).....กรรมการ
(นางสาวพัชรินทร์ สีหาทิพย์)
นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ

ใบเสนอราคาเช่าเครื่องตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมัติ
พร้อมน้ำยาที่ใช้กับเครื่องตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมัติ

รายละเอียดสินค้า	จำนวน	ราคา/test	จำนวนเงิน
1. น้ำยาตรวจชนิดและปริมาณฮีโมโกลบิน (Hb typing)	30,000		
		รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	

(ลงชื่อ).....ประธานกรรมการ
(นางสาวมณฑนา จันทรมิยม)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

(ลงชื่อ).....กรรมการ
(นางสาวกาญจนา โถมนาการ)
นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ

(ลงชื่อ).....กรรมการ
(นางสาวพัชรินทร์ สีหาทิพย์)
นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ

รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ

1. ชื่อบริษัท/ห้าง/ร้าน.....
2. ชื่อพัสดุ.....
.....
3. ยี่ห้อ.....
4. รุ่น.....
5. ประเทศ.....
6. กำหนดส่งมอบ.....
7. อื่นๆ (ถ้ามี).....

ลงชื่อ
(.....)

ตำแหน่ง

ประทับตรา (ถ้ามี)

หมายเหตุ : กรุณากรอกรายละเอียดให้ครบถ้วน พร้อมแนบเสนอมาพร้อมกับใบเสนอราคา
ในวันยื่นข้อเสนอและเสนอราคา

ตารางการจัดทำแผนการใช้วัสดุที่ผลิตภายในประเทศ

โครงการ

รายการวัสดุหรือครุภัณฑ์ที่ใช้ในโครงการ
แผนการใช้วัสดุที่ผลิตภายในประเทศ

ลำดับ	รายการ	หน่วย	ปริมาณ	ราคาต่อหน่วย (บาท)	เป็นเงิน (รวม)	วัสดุ ในประเทศ	วัสดุ ต่างประเทศ
๑							
๒							
๓							
๔							
๕							
รวม					xxx	xxx	xxx
อัตรา (ร้อยละ)					๑๐๐	๗๐	๓๐

ลงชื่อ (คู่สัญญาฝ่ายผู้รับจ้าง)
()

ตารางแสดงวงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรและรายละเอียดค่าใช้จ่าย
การจัดซื้อจัดจ้างที่มีใช้งานก่อสร้าง

1. ชื่อโครงการ เช่าเครื่องตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมัติ พร้อมน้ำยาที่ใช้กับเครื่องตรวจวิเคราะห์ชนิดและปริมาณฮีโมโกลบินอัตโนมัติ
2. หน่วยงานเจ้าของโครงการ ศูนย์ธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
3. วงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรร 3,750,000.- บาท (สามล้านเจ็ดแสนห้าหมื่นบาทถ้วน)
4. วันที่กำหนดราคากลาง (ราคาอ้างอิง) ณ วันที่ 8 ตุลาคม 2564
เป็นเงินรวม 3,750,000.- บาท (สามล้านเจ็ดแสนห้าหมื่นบาทถ้วน) รายละเอียดดังนี้

ลำดับ	รายการทดสอบ	หน่วยนับ	จำนวนประมาณ รวมเวลา 5 ปี	ราคา/หน่วย (บาท)	ราคารวมประมาณ (บาท)
1	น้ำยาตรวจชนิดและปริมาณฮีโมโกลบิน (Hb typing)	Test	30,000	125.00	3,750,000.-
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (สามล้านเจ็ดแสนห้าหมื่นบาทถ้วน)					3,750,000.-

5. แหล่งที่มาของราคากลาง (ราคาอ้างอิง) สืบจากราคาท้องตลาด

- 5.1 บริษัท แอฟฟินีเทค จำกัด
- 5.2 บริษัท เมดิทอป จำกัด
- 5.3 บริษัท เอชดี เมดิคอล จำกัด

6. รายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้กำหนดราคากลาง (ราคาอ้างอิง) ทุกคน

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------|
| 6.1 นางสาวมนธนา จันทรมิย | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ | ประธานกรรมการ |
| 6.2 นางสาวกาญจนา โภจนการ | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ | กรรมการ |
| 6.3 นางสาวพัชรินทร์ สีหาทิพย์ | นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ | กรรมการ |