



ประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง ประกวดราคาจ้างเหมาบำรุงรักษาเครื่องช่วยหายใจชนิดเคลื่อนย้ายฯ ของโรงพยาบาลขอนแก่น ด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding)

จังหวัดขอนแก่น มีความประสงค์จะประกวดราคาจ้างเหมาบำรุงรักษาเครื่องช่วยหายใจชนิดเคลื่อนย้าย จำนวน ๑๔๐ เครื่อง ของโรงพยาบาลขอนแก่น (ระยะเวลา ๑๒ เดือน) ด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) ราคาของงานจ้างในการประกวดราคาครั้งนี้ เป็นเงินทั้งสิ้น ๔,๒๐๐,๐๐๐.-บาท (สี่ล้านสองแสนบาทถ้วน)

ผู้ยื่นข้อเสนอต้องยื่นข้อเสนอโดยแสดงหลักฐานถึงขีดความสามารถและความพร้อมที่มีอยู่
ในวันยื่นข้อเสนอ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ผู้ยื่นข้อเสนอจะต้องมีคุณสมบัติให้เป็นไปตามเอกสารประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์กำหนด
๒. ผู้ยื่นข้อเสนอต้องเสนอราคาทางระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์ ในวันที่ ๔
สิงหาคม ๒๕๖๘ ระหว่างเวลา ๐๙.๐๐ น. ถึงเวลา ๑๒.๐๐ น. ซึ่งสามารถจัดเตรียมเอกสารข้อเสนอ
ได้ตั้งแต่วันที่ประกาศจนถึงวันเสนอราคา

๓. ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดเอกสารประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์
เลขที่ ๓๑๐/๒๕๖๘ ลงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘ ผ่านทางระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์
ได้ตั้งแต่วันที่ประกาศจนถึงวันเสนอราคา ได้ที่เว็บไซต์ www.kkh.go.th, www.khonkaen.go.th หรือ
www.gprocurement.go.th ทั้งนี้ หากต้องการทราบรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ
โปรดสอบถามมายังจังหวัดขอนแก่น ผ่านทางโทรศัพท์หมายเลข ๐-๔๓๐๐-๙๙๐๐ ต่อ ๓๗๕๐ ในเวลาราชการ

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๘

๓๔

(นายสุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

รายละเอียดคุณลักษณะ
จ้างเหมาบำรุงรักษาเครื่องช่วยหายใจชนิดเคลื่อนย้าย
โรงพยาบาลขอนแก่น

ความต้องการ บำรุงรักษาเครื่องช่วยหายใจชนิดเคลื่อนย้าย ยี่ห้อ Draeger รุ่น Carina จำนวน 140 เครื่อง
วัตถุประสงค์

1. เพื่อตอบสนองระบบงานควบคุมคุณภาพในการดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือแพทย์ให้อยู่ภายใต้มาตรฐานของโรงพยาบาล (HA, JCI, ISO)
2. เพื่อให้เครื่องมือแพทย์มีความพร้อมในการใช้งานตลอดเวลาและยืดอายุการใช้งานให้ยาวนานขึ้น
3. เพื่อให้การปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงสุดกับผู้ป่วย
4. เพื่อควบคุมงบประมาณค่าใช้จ่ายในการซ่อมบำรุง และลดความเสี่ยงของโรงพยาบาล

คุณลักษณะของการบำรุงรักษา

1. ตรวจสอบสภาพการทำงานทั่วไปของเครื่องและทำความสะอาดภายใน
2. ทดสอบค่าความถูกต้อง และความปลอดภัยของเครื่อง
 - 2.1 ตรวจสอบการทำงานของอุปกรณ์ Electronic ภายในระบบกราวด์และทดสอบการรั่วไหลของกระแสไฟฟ้า
 - 2.2 การทดสอบเครื่องในโหมดเตรียมความพร้อม ก่อนใช้งาน (Self Diagnostic), ตรวจสอบการตั้งค่าต่างๆของเครื่อง (Configuration), ทดสอบกับสายช่วยหายใจและปอดเทียม (Circuit Test)
 - 2.3 ทดสอบความถูกต้องของแหล่งจ่ายก๊าซ
 - 2.4 ทดสอบการทำงานของระบบวาล์วต่าง ๆ
 - 2.5 ทดสอบการวัดค่าต่าง ๆ ในระบบการช่วยหายใจ
 - 2.6 ทดสอบระบบการช่วยหายใจ (Ventilator Mode)
3. กรณีที่ผลการทดสอบค่าพารามิเตอร์ไม่อยู่ในค่าที่กำหนด บริษัทจะทำการปรับให้อยู่ในช่วงของค่ามาตรฐาน
4. กรณีที่มีความผิดปกติของเครื่องมือ บริษัทจะติดต่อกลับภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของทางโรงพยาบาล และส่งวิศวกรเข้ามาเพื่อทำการตรวจสอบและดำเนินการแก้ไขภายใน 5 วันทำการ โดยค่าบริการและค่าอะไหล่สำหรับงานซ่อมทั้งหมดจะอยู่ในความรับผิดชอบของบริษัท
5. ราคารวมอะไหล่ แต่ไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในส่วนของอุปกรณ์ประกอบการใช้งานและวัสดุสิ้นเปลือง อาทิ ท่อช่วยหายใจ, หน้ากากช่วยหายใจ, Flow Sensor เป็นต้น ไม่รวมความเสียหายใดๆ อันเกิดจากการใช้งานเครื่องที่ไม่ถูกต้องตามคำแนะนำที่ระบุไว้ในคู่มือใช้งาน หรือเหตุสุดวิสัยต่างๆ จากภัยพิบัติทางธรรมชาติและอุบัติเหตุที่เกิดจากการชนกระแทก หรือตกกระแทกกับพื้นจนเกิดความเสียหาย

นางสาวทิวากร กล่อมปัญญา

นางศิริพร วรรณศรีเมือง

นายสมชาย เพรงมา

เงื่อนไขเฉพาะ

1. ผู้รับจ้างต้องส่งวิศวกรที่มีความชำนาญ ซึ่งผ่านการอบรมจากบริษัทผู้ผลิต (มีใบรับรองการอบรม) เพื่อทำการบำรุงรักษาและสอบเทียบสำหรับเครื่องมือแพทย์ โดยทำการสอบเทียบ 1 ครั้งและบำรุงรักษาเครื่องมือจำนวน 2 ครั้งต่อปี (ทุก 6 เดือน) ต้องนัดหมายล่วงหน้าอย่างน้อย 15 วันก่อนเข้าดำเนินงาน โดยจะแจ้งหัวหน้าหน่วยงานเจ้าของเครื่องให้รับทราบและดำเนินการให้แล้วเสร็จ
2. วิศวกรของบริษัททำการสอบเทียบเครื่องให้เป็นไปตามมาตรฐานโรงงานผู้ผลิตและออกใบรายงานผลการสอบเทียบ (Certificate Of Calibration) พร้อมทั้งติดสติ๊กเกอร์รับรองการสอบเทียบ
3. ผู้รับจ้างจะจัดเตรียมเครื่องมือมาตรฐานสำหรับสอบเทียบ รวมถึงเครื่องมือทดสอบความปลอดภัยทางไฟฟ้าซึ่งเครื่องมือดังกล่าวผ่านการสอบเทียบ โดยสถาบันมาตรฐาน ISO 9001 และ ISO 13485 รับรองคุณภาพของเครื่องมืออุปกรณ์และการปฏิบัติตามข้อกำหนด. พร้อมใบรับรองผลการสอบเทียบที่ยืนยันว่ายังอยู่ในระยะเวลาที่ใช้งานได้
4. อุปกรณ์สำหรับสอบเทียบและบำรุงรักษาประกอบด้วย
 - 4.1 ชุดเครื่องมือมาตรฐานสำหรับสอบเทียบเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Tester)
 - 4.2 ชุดวัดวิเคราะห์ก๊าซ และ ออกซิเจน
 - 4.3 ชุดเครื่องมือวัดความปลอดภัยทางไฟฟ้า (Electrical Safety Tester)
5. เมื่อมีการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ด้านโปรแกรมของเครื่องมือ (Software upgrade) ภายในระยะเวลาบริการ บริษัทจะดำเนินการให้โดยไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายใดๆ
6. ผู้รับจ้างต้องส่งผลการสอบเทียบและบำรุงรักษา พร้อมสรุปผลการซ่อมและค่าใช้จ่ายจากการซ่อมแต่ละเครื่องให้โรงพยาบาล หลังการบำรุงรักษาและสอบเทียบ

นางสาวทิวากร กล่อมปัญญา

นางศิริพร วรรณศรีเมือง

นายสมชาย เพรงมา

รายละเอียดเครื่องช่วยหายใจชนิดเคลื่อนย้าย ยี่ห้อ Draeger รุ่น Carina

โรงพยาบาลขอนแก่น

ลำดับ	เลขครุภัณฑ์	ลำดับ	เลขครุภัณฑ์
1	6515-003-0004-1/62	30	6515-003-0004-31/62
2	6515-003-0004-2/62	31	6515-003-0004-32/62
3	6515-003-0004-3/62	32	6515-003-0004-33/62
4	6515-003-0004-4/62	33	6515-003-0004-34/62
5	6515-003-0004-5/62	34	6515-003-0004-35/62
6	6515-003-0004-6/62	35	6515-003-0004-36/62
7	6515-003-0004-7/62	36	6515-003-0004-37/62
8	6515-003-0004-8/62	37	6515-003-0004-38/62
9	6515-003-0004-9/62	38	6515-003-0004-39/62
10	6515-003-0004-10/62	39	6515-003-0004-40/62
11	6515-003-0004-11/62	40	6515-003-0004-41/62
12	6515-003-0004-12/62	41	6515-003-0004-42/62
13	6515-003-0004-13/62	42	6515-003-0007-2/62
14	6515-003-0004-14/62	43	6515-003-0007-3/62
15	6515-003-0004-15/62	44	6515-003-0007-4/62
16	6515-003-0004-16/62	45	6515-003-0007-5/62
17	6515-003-0004-17/62	46	6515-003-0007-6/62
18	6515-003-0004-18/62	47	6515-003-0007-7/62
19	6515-003-0004-19/62	48	6515-003-0007-8/62
20	6515-003-0004-20/62	49	6515-003-0007-9/62
21	6515-003-0004-21/62	50	6515-003-0007-10/62
22	6515-003-0004-22/62	51	6515-003-0007-11/62
23	6515-003-0004-23/62	52	6515-003-0007-12/62
24	6515-003-0004-24/62	53	6515-003-0007-13/62
25	6515-003-0004-25/62	54	6515-003-0007-14/62
26	6515-003-0004-26/62	55	6515-003-0007-15/62
27	6515-003-0004-27/62	56	6515-003-0007-16/62
28	6515-003-0004-28/62	57	6515-003-0007-17/62
29	6515-003-0004-29/62	58	6515-003-2102-100/59

ท/ภ

นางสาวทิวากร กล่อมปัญญา

ดร.พร อมรรัตน์

นางศิริพร วรรณศรีเมือง

ผอ. พ

นายสมชาย เพรางมา

รายละเอียดเครื่องช่วยหายใจชนิดเคลื่อนย้ายได้ ยี่ห้อ Draeger รุ่น Carina

โรงพยาบาลขอนแก่น

ลำดับ	เลขครุภัณฑ์	ลำดับ	เลขครุภัณฑ์
59	6515-003-0004-30/62	88	6515-003-2102-101/59
60	6515-003-2102-102/59	89	6515-003-2102-173/61
61	6515-003-2102-103/59	90	6515-003-2102-174/61
62	6515-003-2102-104/59	91	6515-003-2102-175/61
63	6515-003-2102-105/59	92	6515-003-2102-176/61
64	6515-003-2102-106/59	93	6515-003-2102-177/61
65	6515-003-2102-107/59	94	6515-003-2102-178/61
66	6515-003-2102-108/59	95	6515-003-2102-179/61
67	6515-003-2102-143/60	96	6515-003-2102-180/61
68	6515-003-2102-144/60	97	6515-003-2102-181/61
69	6515-003-2102-145/60	98	6515-003-2102-181/62
70	6515-003-2102-146/60	99	6515-003-2102-24/56
71	6515-003-2102-148/60	100	6515-003-2102-25/56
72	6515-003-2102-149/60	101	6515-003-2102-26/56
73	6515-003-2102-150/60	102	6515-003-2102-27/56
74	6515-003-2102-151/60	103	6515-003-2102-28/56
75	6515-003-2102-152/60	104	6515-003-2102-29/56
76	6515-003-2102-153/60	105	6515-003-2102-30/56
77	6515-003-2102-154/60	106	6515-003-2102-31/56
78	6515-003-2102-155/60	107	6515-003-2102-32/56
79	6515-003-2102-156/60	108	6515-003-2102-33/56
80	6515-003-2102-157/60	109	6515-003-2102-40/58
81	6515-003-2102-158/60	110	6515-003-2102-41/58
82	6515-003-2102-159/60	111	6515-003-2102-42/58
83	6515-003-2102-160/60	112	6515-003-2102-44/58
84	6515-003-2102-165/61	113	6515-003-2102-45/58
85	6515-003-2102-166/61	114	6515-003-2102-46/58
86	6515-003-2102-169/61	115	6515-003-2102-47/58
87	6515-003-2102-170/61	116	6515-003-2102-48/58

นางสาวทิวากร กล่อมปัญญา

นางศิริพร วรรณศรีเมือง

นายสมชาย เพราวงมา

รายละเอียดเครื่องช่วยหายใจชนิดเคลื่อนย้ายได้ ยี่ห้อ Draeger รุ่น Carina จำนวน 140 เครื่อง
โรงพยาบาลขอนแก่น

ลำดับ	เลขครุภัณฑ์	ลำดับ	เลขครุภัณฑ์
117	6515-003-2102-171/61	129	6515-003-2102-49/58
118	6515-003-2102-59/58	130	6515-003-2102-90/59
119	6515-003-2102-172/61	131	6515-003-2102-58/58
120	6515-003-2102-60/58	132	6515-003-2102-91/59
121	6515-003-2102-61/58	133	6515-003-2102-92/59
122	6515-003-2102-62/58	134	6515-003-2102-93/59
123	6515-003-2102-63/58	135	6515-003-2102-94/59
124	6515-003-2102-64/58	136	6515-003-2102-95/59
125	6515-003-2102-65/58	137	6515-003-2102-96/59
126	6515-003-2102-66/58	138	6515-003-2102-97/59
127	6515-003-2102-67/58	139	6515-003-2102-98/59
128	6515-003-2102-68/58	140	6515-003-2102-99/59

นางสาวทิวากร กล่อมปัญญา

นางศิริพร วรรณศรีเมือง

นายสมชาย เพชรวงมา

ตารางการจัดทำแผนการใช้วัสดุที่ผลิตภายในประเทศ

โครงการ

รายการวัสดุหรือครุภัณฑ์ที่ใช้ในโครงการ
แผนการใช้วัสดุที่ผลิตภายในประเทศ

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

ลงชื่อ (คู่สัญญาฝ่ายผู้รับจ้าง)
()

แบบหนังสือรับรองวงเงินสินเชื่อ

เลขที่.....

วันที่.....

เรื่อง รับรองวงเงินสินเชื่อ

ตามที่.....(ชื่อผู้ประกอบการ นิติบุคคล/บุคคลธรรมดา)..... เลขประจำตัว
ผู้เสียภาษีอากร/เลขประจำตัวประชาชน เลขที่.....จะขอเข้ารับการขึ้นทะเบียน
เป็นผู้ประกอบการงานก่อสร้าง ซึ่งตามหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกเป็นผู้ประกอบการงานก่อสร้าง
กำหนดให้ผู้ยื่นคำขอต้องเสนอหนังสือรับรองวงเงินสินเชื่อ/จะเข้ายื่นข้อเสนอกับหน่วยงานของรัฐ
ซึ่งเงื่อนไขการยื่นข้อเสนอกรณีที่ผู้ยื่นข้อเสนอไม่มีมูลค่าสุทธิของกิจการหรือทุนจดทะเบียน หรือมีแต่ไม่เพียงพอ
ที่จะเข้ายื่นข้อเสนอ ผู้ยื่นข้อเสนอต้องขอวงเงินสินเชื่อจากธนาคาร โดยต้องมีวงเงินสินเชื่อ ๑ ใน ๔ ของมูลค่า
งบประมาณของโครงการหรือรายการที่ยื่นข้อเสนอในแต่ละครั้ง จึงมีความประสงค์ให้ธนาคาร.....
(ชื่อธนาคาร).....รับรองวงเงินสินเชื่อ เพื่อประกอบการพิจารณาด้วย นั้น

.....(ชื่อธนาคาร).....ขอรับรองว่า.....(ชื่อผู้ประกอบการ นิติบุคคล/
บุคคลธรรมดา).....มีวงเงินทุนหมุนเวียนในวงเงินไม่ต่ำกว่า..... บาท
(.....จำนวนเงินเป็นอักษร.....) และยินดีให้วงเงินสินเชื่อภายในวงเงิน..... บาท
(.....จำนวนเงินเป็นอักษร.....)

ขอแสดงความนับถือ

.....
.....(ชื่อผู้ลงนาม).....
.....(ชื่อธนาคาร).....

แบบหนังสือรับรองวงเงินสินเชื่ออิเล็กทรอนิกส์

เลขที่.....

วันที่.....

เรื่อง รับรองวงเงินสินเชื่อ

ตามที่.....(ชื่อผู้ประกอบการ นิติบุคคล/บุคคลธรรมดา)..... เลขประจำตัว
ผู้เสียภาษีอากร/เลขประจำตัวประชาชน เลขที่..... จะขอเข้ารับการขึ้นทะเบียน
เป็นผู้ประกอบการงานก่อสร้าง ซึ่งตามหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกเป็นผู้ประกอบการงานก่อสร้าง
กำหนดให้ผู้ยื่นคำขอต้องเสนอหนังสือรับรองวงเงินสินเชื่อ/จะเข้ายื่นข้อเสนอกับหน่วยงานของรัฐ
ซึ่งเงื่อนไขการยื่นข้อเสนอกรณีที่ผู้ยื่นข้อเสนอไม่มีมูลค่าสุทธิของกิจการหรือทุนจดทะเบียน หรือมีแต่ไม่เพียงพอ
ที่จะเข้ายื่นข้อเสนอ ผู้ยื่นข้อเสนอต้องขอวงเงินสินเชื่อจากธนาคาร โดยต้องมีวงเงินสินเชื่อ ๑ ใน ๔ ของมูลค่า
งบประมาณของโครงการหรือรายการที่ยื่นข้อเสนอในแต่ละครั้ง จึงมีความประสงค์ให้ธนาคาร.....
(ชื่อธนาคาร).....รับรองวงเงินสินเชื่อ เพื่อประกอบการพิจารณาด้วย นั้น

.....(ชื่อธนาคาร).....ขอรับรองว่า.....(ชื่อผู้ประกอบการ นิติบุคคล/
บุคคลธรรมดา).....มีวงเงินทุนหมุนเวียนในวงเงินไม่ต่ำกว่า..... บาท
(.....จำนวนเงินเป็นอักษร.....) และยินดีให้วงเงินสินเชื่อภายในวงเงิน..... บาท
(.....จำนวนเงินเป็นอักษร.....)

ขอแสดงความนับถือ

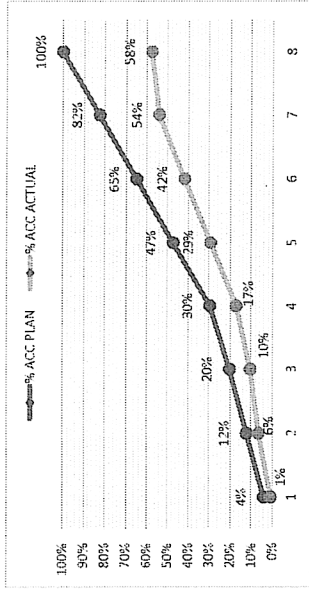
.....(ชื่อธนาคาร).....

**** เอกสารฉบับนี้จัดพิมพ์โดยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ****

ตัวอย่างวิธีการจัดทำแผนการทำงาน

ที่	รายการ	หน่วย	ปริมาณงาน	ราคาต่อหน่วย	เป็นเงิน	%
1	งานรื้อโครงสร้างเดิม	ลบ.ม.	100	5,000	500,000	16%
		ลบ.ม.	120	2,000	240,000	8%
2	งานฉั้วทาง	ตร.ม.	400	2,000	800,000	26%
		ตร.ม.	300	5,000	1,500,000	49%
			รวม		3,040,000	100%

	1	2	3	4	5	6	7	8
Money								
AccMoney								
% PLAN								
% ACC PLAN								
% ACTUAL								
% ACC ACTUAL								
% ACC DIFF								
% PLAN/2								
% PLAN/2 DIFF								



หมายเหตุ: 1) กรณีตัวอย่าง กำหนดระยะเวลาการก่อสร้างตามแผนดำเนินงานทั้งสัญญา จำนวน 8 เดือน

2) หมายถึง ระยะเวลาการก่อสร้างตามแผนดำเนินงานของแต่ละรายการก่อสร้าง เช่น 1. งานรื้อโครงสร้างเดิม กำหนดระยะเวลาการก่อสร้าง จำนวน 4 เดือน 2. งานก่อสร้างผิวทาง กำหนดระยะเวลาการก่อสร้าง 5 เดือน

3) 25 ร้อยละของงานที่ได้รับจ้างต้องดำเนินการก่อสร้างตามแผนงานประจำเดือนของแต่ละรายการก่อสร้าง ซึ่งแต่ละรายการการก่อสร้าง คิดเป็นร้อยละ 100 คนตัวอย่าง งานรื้อโครงสร้างเดิม ถือเป็นร้อยละ 100 ของรายการนี้

4) Money ค่าจ้างแต่ละรายการ ค่าตอบแทนตามแผนงานเทียบกับบุคลากรงานของแต่ละรายการ

5) ร้อยละของแผนดำเนินงานตามแผนดำเนินการ เมื่อเทียบกับมูลค่าของงานทั้งโครงการ

ตารางแสดงวงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรและรายละเอียดค่าใช้จ่าย
การจัดซื้อจัดจ้างที่มีใช้งานก่อสร้าง

1. ชื่อโครงการ จ้างเหมาบำรุงรักษาเครื่องช่วยหายใจชนิดเคลื่อนย้าย จำนวน 140 เครื่อง
2. หน่วยงานเจ้าของโครงการ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
3. วงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรร 4,200,000 บาท (สี่ล้านสองแสนบาทถ้วน)
4. วันที่กำหนดราคากลาง (ราคาอ้างอิง) ณ วันที่..29 กรกฎาคม..2568.....
เป็นเงิน 4,200,000 บาท (สี่ล้านสองแสนบาทถ้วน)
ราคา/หน่วย 30,000 บาท จำนวน 140 เครื่อง รวม 4,200,000 บาท (สี่ล้านสองแสนบาทถ้วน)
5. แหล่งที่มาของราคากลาง (ราคาอ้างอิง) สืบราคาจากท้องตลาด ดังนี้
 - 5.1 เดรเกอร์ เมดิคัล (ประเทศไทย) จำกัด 5.3 หจก.เฟิร์ส แคร่ ชัพพลาย
 - 5.2 บริษัท เมคคอด โปรไวเดอร์ จำกัด
6. รายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้กำหนดราคากลาง (ราคาอ้างอิง) ทุกคน

6.1 นางสาวทิวากร กล่อมปัญญา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
6.2 นางศิริพร วรรณศรีเมือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
6.3 นายสมชาย เพรงมา	วิศวกรไฟฟ้า