



ประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง ประกวดราคาซื้อเวชภัณฑ์ที่มีไซยา ของโรงพยาบาลขอนแก่น
ด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding)

.....

จังหวัดขอนแก่น มีความประสงค์จะประกวดราคาซื้อเวชภัณฑ์ที่มีไซยา ของโรงพยาบาลขอนแก่น ด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) ราคากลางของงานซื้อในการประกวดราคาครั้งนี้เป็นเงินทั้งสิ้น ๒,๓๕๕,๕๐๐.-บาท (สองล้านสามแสนห้าหมื่นห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) ตามรายการดังนี้

ผ้าซับช่องท้อง (Sterile - Prewash Abdominal Swab) จำนวน ๒ รายการ

ผู้ยื่นข้อเสนอต้องยื่นข้อเสนอโดยแสดงหลักฐานถึงขีดความสามารถและความพร้อมที่มีอยู่ในวันยื่นข้อเสนอ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ผู้ยื่นข้อเสนอจะต้องมีคุณสมบัติให้เป็นไปตามเอกสารประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์กำหนด
๒. ผู้ยื่นข้อเสนอต้องเสนอราคาทางระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์ ในวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๙ ระหว่างเวลา ๐๙.๐๐ น. ถึงเวลา ๑๒.๐๐ น. ซึ่งสามารถจัดเตรียมเอกสารข้อเสนอได้ตั้งแต่วันที่ประกาศจนถึงวันเสนอราคา

๓. ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดเอกสารประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ เลขที่ ๑๖๑/๒๕๖๙ ลงวันที่ ๑๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ 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 ๑๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นางรุจิราภรณ์ พรหมเมือง)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ
ผ้าซับช่องท้อง (Sterile – Prewash Abdominal Swab)
โรงพยาบาลขอนแก่น

๑. ความเป็นมา

เนื่องด้วยโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูง ขนาด ๑,๐๐๐ เตียง มีภารกิจหลักในการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนในจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดใกล้เคียงทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูให้กับผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องใช้ผ้าซับช่องท้อง (Sterile – Prewash Abdominal Swab) เพื่อให้การสนับสนุนด้านบริการทางการแพทย์

๒. วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลขอนแก่นได้อย่างเพียงพอและปลอดภัย

๓. รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ

๓.๑ ความต้องการ

๓.๑.๑ ผ้าซับ ช่องท้อง (Sterile – Prewash Abdominal Swab) ขนาด ๑๕ x ๑๕ นิ้ว ตัดเย็บ ๘ ชั้น ห่อละ ๕ ชิ้น

๓.๑.๒ ผ้าซับ ช่องท้อง (Sterile – Prewash Abdominal Swab) ขนาด ๕ x ๓๔ นิ้ว ตัดเย็บ ๘ ชั้น ห่อละ ๓ ชิ้น

๓.๒ คุณลักษณะทั่วไป

ผลิตจากผ้าฝ้ายโพร่งชนิดพร้อมใช้ (ผ่านการซักแล้ว) ไม่หลุดลุ่ย ผลิตจากผ้าเย็บทอสีขาว ๑๐๐% ความถี่ของเส้นด้ายยืนไม่น้อยกว่า ๒๔ เส้น ต่อหนึ่งตารางนิ้ว และเส้นด้ายพุ่งไม่น้อยกว่า ๒๐ เส้นต่อหนึ่งตารางนิ้ว มีคุณสมบัติในการดูดซับของเหลว เช่น เลือด สารคัดหลั่ง เป็นต้น ได้เป็นอย่างดี ผ้ามีคุณภาพดีปราศจากสิ่งสกปรกปนเปื้อน มีความสะอาดไม่มีปม ไม่ขาด ไม่มีรอยต่อ พับทับซ้อนกันเป็นรูปสี่เหลี่ยมหนา ๘ ชั้น ตัดและเย็บริมผ้าทั้งสี่ด้านให้เรียบร้อยตลอดทั้งผืน และเย็บเสริมเส้นใย X-Ray ทึบแสง ตรงมุมใดมุมหนึ่งของผ้าไม่น้อยกว่า ๒ นิ้ว ตามความยาวของผืนผ้า ใช้ซับเลือดและของเหลวขณะทำการผ่าตัด

๓.๓ คุณลักษณะเฉพาะ

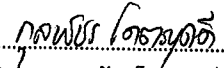
๓.๓.๑ ผ้าซับช่องท้อง (Sterile – Prewash Abdominal Swab) ขนาด ๑๕ x ๑๕ นิ้ว ตัดเย็บ ๘ ชั้น ภายในมีเส้นใย “X-Ray Line” ทึบแสงชนิดใช้ได้หลายครั้ง จำนวน ๑ – ๒ เส้น มีความยาวไม่น้อยกว่า ๑๕ นิ้ว ขนาดบรรจุห่อละ ๕ ชิ้น

๓.๓.๒ ผ้าซับช่องท้อง (Sterile – Prewash Abdominal Swab) ขนาด ๕ x ๓๔ นิ้ว ตัดเย็บ ๘ ชั้น ภายในมีเส้นใย “X-Ray Line” ทึบแสงชนิดใช้ได้หลายครั้ง จำนวน ๑ – ๒ เส้น มีความยาวไม่น้อยกว่า ๓๔ นิ้ว ขนาดบรรจุห่อละ ๓ ชิ้น

คณะกรรมการกำหนดรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะและราคากลาง


.....
(นายรัฐระวี พัฒนรัตนโมฬี)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ประธานกรรมการ


.....
(นางดวงพร เวียงสิมมา)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กรรมการ


.....
(นางสาวกุลพัชร โคตรบุตติ)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กรรมการ


.....
(นางสุภาริณี สมภาร)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กรรมการ

๓.๓.๓ ทำให้ปลอดเชื้อโดยการอบด้วยแก๊ส Ethylene Oxide ต้องมีตัวบ่งชี้ทางเคมี class 4 ที่ บ่งบอกวิธีทำให้ปราศจากเชื้อทุกช่องที่บรรจุห่อด้วย Crepe Paper (Medical Grade) และบรรจุในซอง เวชภัณฑ์ปลอดเชื้อทางการแพทย์ที่มีความทนทานไม่ฉีกขาดง่าย ซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐาน EN868 และ ISO11607 ปิดมิดชิดตามที่กำหนด สามารถมองผ่านเข้าไปในซองได้ และบรรจุใส่ในกล่องกระดาษที่มีความ คงทนแข็งแรง เพื่อความสะดวกในการขนส่งและจัดเก็บ

๓.๓.๔ มีฉลากกำกับบนซองพลาสติกระบุข้อความครบถ้วนในรายการ

- วัสดุที่บรรจุ ขนาด และ จำนวนที่บรรจุ
- Lot Number ที่ผลิต และ วัน/เดือน/ปีที่ผลิต และ วัน/เดือน/ปี ที่หมดอายุ
- วิธีการทำ Sterilization
- Indicator ที่บ่งชี้ว่าผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อแล้ว

๓.๓.๕ เอกสารรับรองการทำให้ปลอดเชื้อ (Certificate) แสดงรายละเอียดการทำการปลอดเชื้อ (Sterilization) และผลการวิเคราะห์ ความปลอดเชื้อ และ สารเคมีตกค้าง ของผลิตภัณฑ์ จาก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสถาบันรับรองที่จดทะเบียนที่มีความน่าเชื่อถือแสดงในวันที่ยื่นเสนอราคา

๓.๓.๖ สินค้าที่นำส่งทุกครั้งต้องมีเอกสารแสดงผลการทดสอบสารตกค้างของ ETO (Ethylene Oxide) และ ECH (Ethylene Chlorohydrin) ของสินค้าชนิดนั้น ๆ โดยสถาบันที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO11135:2014

๓.๓.๗ ระบุสถานที่ผลิตและแหล่งที่มาให้ชัดเจน เพื่อให้คณะกรรมการสามารถตรวจสอบ คุณภาพการผลิตและการทำให้ปราศจากเชื้อจากโรงงานที่ผลิตได้ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในระบบความปลอดภัย

๓.๓.๘ สินค้าที่นำส่งต้องผลิตไว้ไม่เกิน ๑ ปี ผลิตจากผ้าฝ้ายที่ได้รับการรับรองมาตรฐานตาม มอก.251-2555 โดยจะต้องยื่นสำเนาเอกสารดังกล่าวในวันที่ยื่นเสนอราคา

๓.๓.๙ โรงงานที่ทำการปราศจากเชื้อด้วยการอบแก๊ส Ethylene oxide ต้องได้รับมาตรฐาน ISO ๑๑๑๓๕ และมีใบรับรองมาตรฐาน (Certificate) จากหน่วยงานที่ให้การรับรองมาตรฐานสากล และต้อง ยื่นแสดงหลักฐานในวันที่ยื่นข้อเสนอและเสนอราคาทางระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยวิธีอิเล็กทรอนิกส์

๓.๔ เงื่อนไขเฉพาะ

๓.๔.๑ ผลิตจากโรงงานที่ได้มาตรฐาน ISO 13485 หรือ GMP หรือใบแสดงจดทะเบียนสถาน ประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์ สำหรับการผลิตเครื่องมือแพทย์ที่นำเสนอที่ไม่หมดอายุรับรองโดยแสดง เอกสาร

๓.๔.๒ ผลิตภัณฑ์ต้องมีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๒ ปี นับจากวันที่ส่งมอบ

๓.๔.๓ หากผลิตภัณฑ์ที่ส่งมอบไม่ตรงกับรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะที่กำหนด บริษัทผู้ขาย ต้องเปลี่ยนให้ใหม่ภายใน ๗ วัน หลังจากได้รับแจ้ง

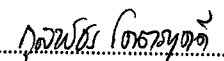
๓.๔.๔ กรณีเป็นสินค้านำเข้า บริษัทผู้ขายต้องแสดงใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้า เครื่องมือแพทย์จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุขที่ไม่หมดอายุ

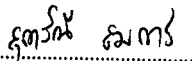
๓.๔.๕ กรณีเป็นสินค้านำเข้าบริษัทผู้ขายต้องแสดงหนังสือรับรองประกอบการนำเข้าเครื่องมือ แพทย์ ที่ออกให้โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ไม่หมดอายุการรับรองเชื่อมโยงกับสินค้านำเสนอ

คณะกรรมการกำหนดรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะและราคากลาง


(นายรัฐระวี พัฒนรัตน์โมฬี)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ประธานกรรมการ


(นางดวงพร เวียงลิ้มมา)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กรรมการ


(นางสาวกุลพัชร โคตรบุตติ)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กรรมการ


(นางสุภารัตน์ สมภาร)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กรรมการ

๓.๔.๖ ผลิตรัณฑ์ต้องผ่านการประเมินผลการใช้จากโรงพยาบาลขอนแก่น โดยส่งตัวอย่างรายการละ ๕๐ ห่อ เพื่อทดสอบและประเมินผลไม่น้อยกว่า ๒ สัปดาห์

๓.๔.๗ บริษัทผู้ขายแสดงหนังสือแต่งตั้งการเป็นตัวแทนจำหน่ายอย่างเป็นทางการ จากบริษัทผู้ผลิต ให้แสดงเอกสาร

๓.๔.๘ ภายหลังการส่งมอบครบถ้วนถูกต้องตามใบสั่งซื้อแล้ว ทางโรงพยาบาลขอนแก่นสามารถขอแลกเปลี่ยนขนาดต่าง ๆ ของ ผ้าซับช่องท้อง (Sterile – Prewash Abdominal Swab) ได้ตามที่โรงพยาบาลขอนแก่นต้องการใช้งานโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเพิ่ม

๓.๔.๙ ผู้เสนอราคาต้องแนบแคตตาล็อกหรือเอกสารที่ระบุรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะพร้อมทำเครื่องหมายและลงหมายเลขข้อกำหนดของทางราชการให้ชัดเจนทุกรายการ เพื่อประกอบการพิจารณา ซึ่งผู้เสนอราคาจะต้องสามารถชี้แจงรายละเอียด คุณสมบัติของอุปกรณ์ต่าง ๆ ต่อคณะกรรมการได้ การเสนอเอกสารที่ไม่ถูกต้องตามความต้องการ และไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อทางราชการ คณะกรรมการฯ มีเหตุผลเพียงพอที่จะไม่รับพิจารณา และสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาคุณสมบัติเฉพาะทางเทคนิคที่ดีกว่าได้ เพื่อประโยชน์การใช้งานของราชการ

๓.๕ ระยะเวลาดำเนินการ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

๓.๖ กำหนดระยะเวลาส่งมอบ

กำหนดส่งมอบพัสดุ ภายใน ๑๕ วัน นับถัดจากวันที่ได้รับใบสั่งซื้อ
(จะซื้อจะขายแบบราคาคงที่ไม่จำกัดปริมาณ)

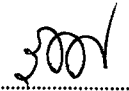
๔. วงเงินในการจัดหา

๔.๑ วงเงินงบประมาณ เป็นเงินทั้งสิ้น ๒,๓๕๕,๕๐๐.๐๐ บาท (สี่ล้านสามแสนห้าหมื่นห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) ด้วยเงินบำรุง โรงพยาบาลขอนแก่น

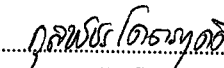
๔.๒ ราคากลาง รายการที่ ๑ ๒,๒๘๘,๐๐๐.๐๐ บาท (สองล้านสองแสนแปดหมื่นแปดพันบาทถ้วน)
(ราคาต่อหน่วย ๑๔๓.๐๐ บาท/ห่อ)

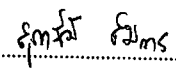
๔.๓ ราคากลาง รายการที่ ๒ ๖๗,๕๐๐.๐๐ บาท (หกหมื่นเจ็ดพันห้าร้อยบาทถ้วน)
(ราคาต่อหน่วย ๗๕.๐๐ บาท/ห่อ)

คณะกรรมการกำหนดรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะและราคากลาง


(นายรัฐระวี พัฒนรัตน์ไมไฟ)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ประธานกรรมการ


(นางดวงพร เวียงสิมมา)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กรรมการ

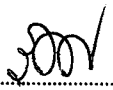

(นางสาวกุลพัชร โคตรบุตติ)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กรรมการ


(นางสุภาภรณ์ สมภาร)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กรรมการ

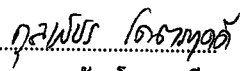
เวชภัณฑ์ที่มีขาย
ผ้าซับช่องท้อง (Sterile – Prewash Abdominal Swab)
จำนวน ๒ รายการ

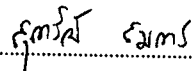
ลำดับที่	รายการ	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	ราคารวม (บาท)
๑	ผ้าซับช่องท้อง (Sterile – Prewash Abdominal Swab) ขนาด ๑๕ x ๑๕ นิ้ว ตัดเย็บ ๘ ชั้น ห่อละ ๕ ชิ้น	๑๖,๐๐๐ ห่อ		
๒	ผ้าซับช่องท้อง (Sterile – Prewash Abdominal Swab) ขนาด ๕ x ๓๔ นิ้ว ตัดเย็บ ๘ ชั้น ห่อละ ๓ ชิ้น	๔๐๐ ห่อ		
รวมทั้งสิ้นประมาณ				

คณะกรรมการกำหนดรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะและราคากลาง


.....
(นายรัฐระวี พัฒนรัตน์โมฬี)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ประธานกรรมการ


.....
(นางดวงพร เวียงสิมมา)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กรรมการ


.....
(นางสาวกุลพัชร โคตรบุตดี)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กรรมการ


.....
(นางสุภาริณี สมภาร)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กรรมการ

แบบประเมินการใช้วัสดุเวชภัณฑ์มีชีयाหรือวัสดุการแพทย์

โรงพยาบาลขอนแก่น

๑. ผลิตภัณฑ์ของ บริษัท/หจก.

๒. ชื่อวัสดุ....ผ้าซับช่องท้อง (Sterile – Prewash Abdominal Swab)..... ยี่ห้อ.....

- ผ้าซับช่องท้อง (Sterile – Prewash Abdominal Swab) ขนาด ๑๕ x ๑๕ นิ้ว ตัดเย็บ ๘ ชั้น ห่อละ ๕ ชิ้น

จำนวน.....ห่อ

- ผ้าซับช่องท้อง (Sterile – Prewash Abdominal Swab) ขนาด ๕ x ๓๔ นิ้ว ตัดเย็บ ๘ ชั้น ห่อละ ๓ ชิ้น

จำนวน.....ห่อ

๓. หน่วยงานที่ประเมิน

๔. วันที่ทดลองใช้

๕. ส่งคืนไม่เกินวันที่

*** (คืนที่คลังเวชภัณฑ์มีชีया ชั้น ๖ อาคารบริการและจอตรก ๙ ชั้น โทร.๑๕๐๘)***

ลำดับ	หัวข้อประเมิน	ผ่าน	ไม่ผ่าน	หมายเหตุ
๑	ผ้าซับช่องท้องมีความดูดซับของเหลวได้ดี มาก			
๒	เนื้อผ้ามีคุณภาพดีปราศจากสิ่งสกปรก			
๓	เนื้อผ้ามีความสะอาด ไม่ปนเปื้อน ไม่มีปม ไม่ ขาด และไม่มีรอยต่อ			

ผลการประเมินเวชภัณฑ์ที่มีชีयाที่ได้ผ่านการทดลองใช้ (ขีดเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่เป็นจริง)

☐ สมควรสั่งซื้อมาใช้ในโรงพยาบาล

☐ ไม่สมควรสั่งซื้อมาใช้ในโรงพยาบาล

เหตุผลที่ไม่สมควรซื้อ

๑.....

๒.....

๓.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง หน. ห้องผ่าตัดประจำสาขา.....

ตำแหน่ง

ตำแหน่ง

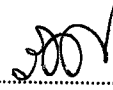
หมายเหตุ

๑.ให้รายงาน หน.งาน วัสดุเวชภัณฑ์มีชีयाทุกรายการที่ส่งให้ประเมิน

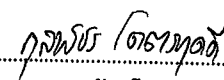
๒.ให้ประเมินไม่น้อยกว่า ๓ คน โดยมีหัวหน้าหอผู้ป่วยหัวหน้างาน หรือผู้ช่วยหัวหน้าเป็นทีมร่วมประเมิน

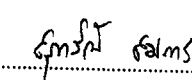
๓.ผลสรุปการประเมินว่าสมควรซื้อหรือไม่สมควรซื้อขอให้เชื่อมโยงเป็นทิศทางเดียวกันกับการประเมินด้วย

คณะกรรมการกำหนดรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะและราคากลาง


(นายรัฐระวี พัฒนรัตนโมฬี)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ประธานกรรมการ


(นางดวงพร เวียงสิมมา)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กรรมการ


(นางสาวกุลพัชร โคตรบุตดี)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กรรมการ


(นางสุนารี สมภาร)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กรรมการ

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
ในวันยื่นข้อเสนอทางด้านเทคนิค

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

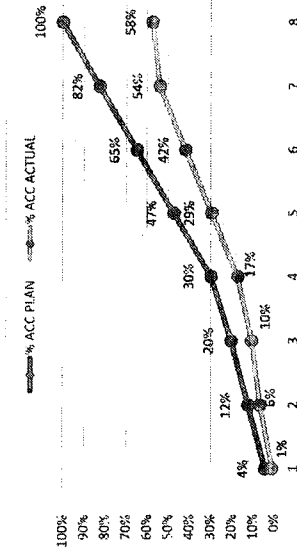
.....(ชื่อธนาคาร).....

**** เอกสารฉบับนี้จัดพิมพ์โดยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ****

ตัวอย่างวิธีการจัดทำแผนการทำงาน

ที่	รายการ งานหรือโครงสร้างเดิม	หน่วย	ปริมาณงาน	ราคาต่อหน่วย	เป็นเงิน	%
1	a1	ลบ.ม.	100	5,000	500,000	16%
	a2	ลบ.ม.	120	2,000	240,000	8%
2	b1	ตร.ม.	400	2,000	800,000	26%
	b2	ตร.ม.	300	5,000	1,500,000	49%
รวม					3,040,000	100%

	1	2	3	4	5	6	7	8
ตค								
พย	25	25	25	25				
ธค		50	50					
มค				20	20	20	20	20
กพ					25	25	25	25
มีค								
Money								
AccMoney								
% PLAN								
% ACC PLAN								
% ACTUAL								
% ACC ACTUAL								
% ACC DIFF								
% PLAN/2								
% PLAN/2 DIFF								



หมายเหตุ: 1) กรณีตัวอย่าง กำหนดระยะเวลาการก่อสร้างตามแผนดำเนินงานเป็นงานพื้นฐาน จำนวน 8 เดือน

- 2) หมายถึง ระยะเวลาการก่อสร้างตามแผนดำเนินงานของแต่ละรายการก่อสร้าง เช่น 1. งานรื้อโครงสร้างเดิม กำหนดระยะเวลาการก่อสร้าง 4 เดือน 2. งานก่อสร้างผิวทาง กำหนดระยะเวลาการก่อสร้าง 5 เดือน
- 3) หมายถึง ร้อยละของงานที่ได้รับจ้างจ้างต้องดำเนินการก่อสร้าง ซึ่งแสดงรายการก่อสร้าง คิดเป็นร้อยละ 100 ตามตัวอย่าง งานรื้อโครงสร้างเดิม ถือเป็นร้อยละ 100 ของรายการนี้
- 4) มูลค่างานแต่ละรายการ ค่าเงินจากร้อยละตามแผนงานเทียบกับมูลค่าของแต่ละรายการ
- 5) ร้อยละของแผนดำเนินงาน ค่าเงินจากมูลค่าของงานตามแผนดำเนินงาน เมื่อเทียบกับมูลค่าของงานทั้งโครงการ

ตารางแสดงวงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรและรายละเอียดค่าใช้จ่ายการจัดซื้อจัดจ้างที่มีในงานก่อสร้าง

๑. ชื่อโครงการ ผ้าซับช่องท้อง (Sterile – Prewash Abdominal Swab) จำนวน ๒ รายการ
 - ๑.๑ ผ้าซับช่องท้อง (Sterile – Prewash Abdominal Swab) ขนาด ๑๕ x ๑๕ นิ้ว ตัดเย็บ ๘ ชั้น ห่อละ ๕ ชิ้น จำนวน ๑๖,๐๐๐ ห่อ
 - ๑.๒ ผ้าซับช่องท้อง (Sterile – Prewash Abdominal Swab) ขนาด ๕ x ๓๔ นิ้ว ตัดเย็บ ๘ ชั้น ห่อละ ๓ ชิ้น จำนวน ๙๐๐ ห่อ
๒. หน่วยงานเจ้าของโครงการ กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
๓. วงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ๒,๓๕๕,๕๐๐.๐๐ บาท (สองล้านสามแสนห้าหมื่นห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน)
๔. วันที่กำหนดราคากลาง (ราคาอ้างอิง) ณ วันที่.....๕ มีนาคม ๒๕๖๔
 เป็นเงิน ๒,๓๕๕,๕๐๐.๐๐ บาท (สองล้านสามแสนห้าหมื่นห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน)
 รายการที่ ๑ ๒,๒๘๘,๐๐๐.๐๐ บาท (สองล้านสองแสนแปดหมื่นแปดพันบาทถ้วน)
 (ราคา/หน่วย ๑๔๓.๐๐ บาท/ห่อ)
 รายการที่ ๒ ๖๗,๕๐๐.๐๐ บาท (หกหมื่นเจ็ดพันห้าร้อยบาทถ้วน)
 (ราคา/หน่วย ๗๕.๐๐ บาท/ห่อ)
๕. แหล่งที่มาของราคากลาง (ราคาอ้างอิง) เป็นราคาที่ซื้อภายใน ๒ ปี งบประมาณ
 ตามสัญญาจะซื้อขายที่ ขก ๐๐๓๓.๑/๒๒๗/๒๕๖๔ ลงวันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๔
๖. รายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้กำหนดราคากลาง

๖.๑ นายรัฐระวี พัฒนรัตน์โมฬี	ตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ
๖.๒ นางดวงพร เวียงสิมมา	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๖.๓ นางสาวกุลพัชร โคตรบุตดี	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๖.๔ นางสาวาริณี สมภาร	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ