



ประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง ประกวดราคาซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ จำนวน ๑ รายการ ของโรงพยาบาลขอนแก่น
ด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding)

จังหวัดขอนแก่น มีความประสงค์จะประกวดราคาซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ จำนวน ๑ รายการ ของโรงพยาบาลขอนแก่น ด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) ราคาของงานซื้อในการประกวดราคารั้งนี้ เป็นเงินทั้งสิ้น ๑,๕๘๔,๐๐๐.-บาท (หนึ่งล้านห้าแสนแปดหมื่นสี่พันบาทถ้วน) ตามรายการ ดังนี้

เครื่องช่วยหายใจสำหรับทารกแรกเกิดชนิดความถี่สูง

จำนวน ๑ เครื่อง

ผู้ยื่นข้อเสนอต้องยื่นข้อเสนอโดยแสดงหลักฐานถึงขีดความสามารถและความพร้อมที่มีอยู่ในวันยื่นข้อเสนอ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ผู้ยื่นข้อเสนอจะต้องมีคุณสมบัติให้เป็นไปตามเอกสารประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์กำหนด
๒. ผู้ยื่นข้อเสนอต้องเสนอราคาทางระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์ ในวันที่ ๒๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙ ระหว่างเวลา ๐๙.๐๐ น. ถึงเวลา ๑๒.๐๐ น. ซึ่งสามารถจัดเตรียมเอกสารข้อเสนอได้ตั้งแต่วันที่ประกาศจนถึงวันเสนอราคา

๓. ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดเอกสารประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ เลขที่ ๓๔๐ /๒๕๖๙ ลงวันที่ ๑๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙ ผ่านทางระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์ได้ตั้งแต่วันที่ประกาศจนถึงวันเสนอราคา 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 ๑๖ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายนิทกร สอนชา)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

รายละเอียดและคุณลักษณะเฉพาะ
เครื่องช่วยหายใจสำหรับทารกแรกเกิดชนิดความถี่สูง
โรงพยาบาลขอนแก่น

1. **ความต้องการ** เครื่องช่วยหายใจสำหรับทารกแรกเกิดชนิดความถี่สูงใช้กับทารกแรกเกิดและเด็กก่อน เพื่อช่วยทารกและเด็กที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว ป้องกันอันตรายของปอดจากการใช้ความดันบวก ในทางเดินหายใจ
2. **คุณสมบัติทั่วไป**
 - 2.1 เป็นเครื่องช่วยหายใจแบบ Time Cycle ชนิด Pressure Limit หรือ Pressure Regulated Volume Limit
 - 2.2 สามารถทำงานแบบให้อากาศชนิดควบคุมจังหวะ (Conventional Ventilation)
 - 2.3 สามารถทำงานระบบให้อากาศสั่นตัวชนิดความถี่สูง (High Frequency Oscillation)
 - 2.4 สามารถใช้งานได้โดยใช้ Oxygen จากถัง หรือ Pipe Line ร่วมกับอากาศอัดจากถังหรือ Pipe Line หรือจากเครื่องผลิตอากาศ
 - 2.5 มี Battery Backup ขณะไฟตกใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 3 ชั่วโมง
 - 2.6 ใช้กับไฟฟ้า 220 โวลต์ 50 เฮิร์ตซ
3. **คุณลักษณะเฉพาะ**
 - 3.1 เครื่องสามารถทำงานแบบให้อากาศชนิดควบคุมจังหวะ (Conventional Ventilation)
 - 3.1.1 ชนิดให้ผู้ป่วยหายใจเข้าและออกเองในภาวะแรงดันอากาศบวก (CPAP)
 - 3.1.2 ชนิดควบคุมด้วยแรงดัน (Controlled Mandatory Ventilation : CMV)
 - 3.1.3 ชนิดควบคุมการหายใจแบบ Assist/Control Mode (A/C หรือ PTV)
 - 3.1.4 ชนิดควบคุมด้วยแรงดันบวกทุกๆ ครั้งที่ผู้ป่วยหายใจ (PSV)
 - 3.1.5 ชนิดควบคุมการหายใจด้วยเครื่องสลับกับการหายใจเอง (SIMV) และสามารถตั้ง Pressure Support สลับกับการหายใจเองได้ (SIMV with PSV)
 - 3.1.6 ปรับตั้งอัตราการหายใจ (Respiratory Rate) ได้ตั้งแต่ 1 ถึง 150 ครั้งต่อนาที หรือกว้างกว่า
 - 3.1.7 ปรับตั้งเวลาการหายใจเข้า (Inspiratory Time) ได้ตั้งแต่ 0.1 ถึง 3 วินาที หรือกว้างกว่า
 - 3.1.8 ปรับตั้งค่าแรงดันสุดท้ายของการหายใจออก (PEEP) ได้ตั้งแต่ 0 ถึง 35 มิลลิบาร์ หรือกว้างกว่า
 - 3.1.9 ปรับตั้งค่าแรงดันในการหายใจเข้า (Inspiratory Pressure) ได้ตั้งแต่ 0 ถึง 65 มิลลิบาร์หรือกว้างกว่า
 - 3.1.10 ปรับตั้งปริมาตรของอากาศ (Tidal Volume) ได้ตั้งแต่ 2 ถึง 300 มิลลิลิตร หรือกว้างกว่า

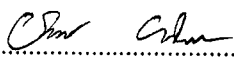
.....
นางรุจิราลักษณ์ พรหมเมือง

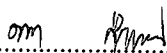
.....
นางสาวอรณัญช์ อภิรัชต์ธร

.....
นางสาวดาราร คำหวาน

- 3.1.11 สามารถปรับเปอร์เซ็นต์ของออกซิเจนได้ 21-100%
- 3.2 เครื่องสามารถทำงานระบบให้อากาศสั่นตัวชนิดความถี่สูง (High Frequency Oscillation)
- 3.2.1 สามารถปรับการสั่นตัวของอากาศได้ในช่วงจังหวะหายใจออก, และต่อเนื่องกันทั้งช่วงหายใจเข้าและออกใน Mode CMV รวมถึงการสั่นตัวตลอดใน Mode HFO Only
- 3.2.2 ตั้งค่าความถี่ของการหายใจได้ตั้งแต่ 3 ถึง 20 เฮิร์ตซ (Hz) หรือกว้างกว่า
- 3.2.3 ปรับช่วงการหายใจเข้าออกได้ 1:1, 1:2 และ 1:3
- 3.2.4 ตั้งความแรงของการสั่น Delta Pressure ได้ตั้งแต่ 4-180 มิลลิบาร์ หรือกว้างกว่า
- 3.2.5 ตั้งแรงดันเฉลี่ย Mean Airway Pressure ได้ตั้งแต่ 0-45 มิลลิบาร์ หรือกว้างกว่า
- 3.2.6 สามารถตั้ง VTV (Volume Targeted Ventilation) ใน HFO Mode ได้
- 3.3 เครื่องสามารถทำงานชนิดควบคุมแรงดันแบบไม่รุกราน (Non-Invasive Ventilation) มี Mode
- 3.3.1 การทำงาน nCPAP, NIPPV, nHFOV, nCPAP แบบ (Single Limb)
- สามารถตั้ง Apnea Backup Rate ได้ ตั้งแต่ 1-150 ครั้ง/นาที
 - สามารถตั้ง Trigger Sensitivity ตั้งแต่ 1-100%
- 3.3.2 สามารถช่วยหายใจแบบ O2Therapy ชนิด (High Flow Oxygen Therapy)
- สามารถตั้ง Flow Rate ได้ ตั้งแต่ 2-30 L/min
- 3.4 แสดงค่าต่าง ๆ ดังนี้
- 3.4.1 จำนวนครั้งของการหายใจ/นาที (Breath Per Minute)
- 3.4.2 ระยะเวลาของการหายใจเข้า (Inspiratory Time)
- 3.4.3 ความดันสูงสุดขณะหายใจเข้า (Peak Pressure)
- 3.4.4 ความดันเฉลี่ย (Mean Airway Pressure)
- 3.4.5 ความดันสูงสุดขณะหายใจออก (PEEP Pressure)
- 3.4.6 ปริมาตรลมหายใจช่วงการหายใจออกของผู้ป่วย (Expiratory Tidal Volume)
- 3.4.7 ปริมาตรลมหายใจเฉลี่ยต่อนาที (Expiratory Minute Volume)
- 3.4.8 เปอร์เซ็นต์การรั่วของอากาศในท่อช่วยหายใจ (Tube Leakage)
- 3.4.9 ความยืดหยุ่นของปอด (Dynamic Compliance)
- 3.4.10 แรงเสียดทาน (Resistance)
- 3.5 มีจอภาพ LED แสดงการหายใจของผู้ป่วยเป็นจอสีแบบ Touch Screen ขนาดไม่น้อยกว่า 12 นิ้ว เพื่อแสดงการทำงาน สามารถเลือกหน้าจอเป็นแบบ Loops หรือ Wave Forms ได้
- 3.6 สามารถตั้งความไวของแรงกระตุ้นหายใจเข้าของผู้ป่วยได้ 2 ระบบ คือ Flow Trigger และ Pressure Trigger
- 3.7 สามารถชดเชยการรั่วไหลของอากาศ Leakage Compensation ได้กรณี Tube Leak ได้ถึง 50% หรือกว้างกว่า


.....
นางรุจิราลักษณ์ พรหมเมือง


.....
นางสาวอรณัญ อภิรัชต์ธร


.....
นางสาวดาราคำแหวน

3.8 มี Battery Back-up ภายในตัวเครื่องสามารถช่วยให้เครื่องทำงานในกรณีไฟฟ้าขัดข้องไม่น้อยกว่า 3 ชั่วโมง

3.9 มีสายท่อจ่ายอากาศรุ่นที่มีขดลวดอุ่นอากาศชนิดใช้ครั้งเดียว (Herted Wire) 10 ชุด พร้อม Bacteria Filter 10 ตัว

3.9 มีสัญญาณเตือนเมื่อเครื่องทำงานผิดปกติดังนี้

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| - High/Low Pressure | - Apnea |
| - Leak/Block Alarm | - O2 /Air Disconnect |
| - High/Low Tidal Volume | - Main Power Fail |
| - High/Low Minute Volume | - Leak/Block Alarm |

4. อุปกรณ์ประกอบการใช้งาน

4.1 อุปกรณ์ประกอบการใช้เครื่อง

- | | |
|-----------------------------------|--------------|
| - เครื่อง Humidifier | จำนวน 1 ชุด |
| - Temperature Probe | จำนวน 1 ชุด |
| - Eletrical Adapter | จำนวน 1 ชุด |
| - Pateint circuit ชนิด single use | จำนวน 10 ชุด |
| - Bacteria Filter | จำนวน 10 ตัว |
| - Flow sensor ชนิด single use | จำนวน 10 ชุด |
| - Flow Sensor Cable | จำนวน 1 เส้น |
| - Test Lung สำหรับทารกแรกเกิด | จำนวน 1 ชุด |

4.2 อุปกรณ์ประกอบสำหรับ nCPAP D(Dual Limb)

- | | |
|-----------------|-------------|
| - Nasal Tubing | จำนวน 2 ชุด |
| - Nasal Prong | จำนวน 2 ชุด |
| - Infant Bonnet | จำนวน 2 ชุด |

4.3 อุปกรณ์ประกอบสำหรับ(Oxygen Therapy)

- | | |
|------------------------------|-------------|
| - Cannula Optiflow XS | จำนวน 2 ชุด |
| - Cannula Optiflow Premature | จำนวน 2 ชุด |
| - Cannula Optiflow Neonatal | จำนวน 2 ชุด |

5. เงื่อนไขเฉพาะ

5.1 มี Battery Backup ขณะไฟตกใช้งานได้ไม่น้อยกว่า 3 ชั่วโมง

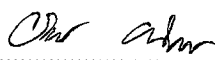
5.2 เป็นของใหม่ที่ไม่เคยใช้งานหรือใช้สัปดาห์มาก่อน

5.3 มีคู่มือการใช้งานและบำรุงรักษาเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษอย่างละ 1 เล่ม พร้อมแผ่น CD/DVD สาคิตการใช้งาน 1 แผ่น

5.4 มีคู่มือการซ่อมและบำรุงรักษาของเครื่อง (Service Manual) โดยทำเป็นรูปเล่มอย่างดี 1 เล่ม มีรายละเอียดอย่างน้อย ดังนี้



นางรุจิราลักษณ์ พรหมเมือง



นางสาวอรณัญช์ อภิรัชต์ธร



นางสาวดารา คำแหวน

- 1) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเครื่องหรือผลิตภัณฑ์
- 2) ทฤษฎีและหลักการทำงานของเครื่อง
- 3) วงจรอิเล็กทรอนิกส์และวงจรไฟฟ้าอย่างละเอียด
- 4) การบำรุงรักษาและการสอบเทียบ
- 5) การซ่อม การแก้ไขปัญหา การปรับแต่ง และการทดสอบ

5.5 มี Quick Guide ติดประจำตัวเครื่อง

5.6 รับประกันคุณภาพและบริการเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี นับจากวันส่งมอบของครบเป็นต้นไป หากเกิดการขัดข้องจากการใช้งานตามปกติ ผู้ขายจะต้องดำเนินการแก้ไขให้ใช้งานได้ภายในกำหนด 7 วัน นับจากวันที่ได้รับแจ้ง หากมีการแก้ไข 3 ครั้งแล้ว ยังใช้งานได้ไม่ดีตามปกติ ผู้ขายจะต้องนำเครื่องใหม่มาเปลี่ยนให้โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายภายในเวลา 30 วัน ในระยะประกัน ผู้ขายจะต้องส่งช่างผู้ชำนาญงานเข้ามาทำการ Preventive Maintenance พร้อมตรวจสอบเครื่องอย่างน้อยทุก 6 เดือน และทำการสอบเทียบ (Calibration) ปีละ 1 ครั้ง พร้อมส่งรายงานให้กับทางโรงพยาบาลทุกครั้ง โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายและจะต้องส่งตารางเวลาที่จะเข้ามาดำเนินการและรายละเอียดในการบำรุงรักษาและสอบเทียบให้แก่กรรมการในวันส่งมอบเครื่อง

5.7 ต้องมีการฝึกอบรมการซ่อม การบำรุงรักษา และการสอบเทียบให้กับช่างของโรงพยาบาลให้สามารถซ่อมบำรุงรักษา และสอบเทียบได้เป็นอย่างดี โดยผู้ขายรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดและจะต้องส่งแผนการอบรมให้แก่กรรมการในวันส่งมอบเครื่อง

5.8 ต้องมีการฝึกอบรมการใช้งานและการบำรุงรักษาให้แก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้สามารถใช้งานได้ดีภายใน 30 วัน หลังจากส่งมอบเครื่อง โดยจะต้องส่งแผนการอบรมให้แก่กรรมการในวันส่งมอบเครื่อง

5.9 มีหลักฐานแสดงการเป็นตัวแทนจำหน่ายโดยตรงจากผู้ผลิต มาไม่น้อยกว่า 1 ปี

5.10 มีเอกสารรับรองการสอบเทียบ (Certificate of Calibration) ซึ่งสอบเทียบโดยบริษัทตัวแทนจำหน่ายหรือสถาบันฯ ที่น่าเชื่อถือ ส่งให้แก่กรรมการในวันส่งมอบเครื่อง

5.11 มีเอกสารรับรองจากบริษัทผู้ผลิตและบริษัทตัวแทนจำหน่ายว่า มีอะไหล่สำรองสำหรับการซ่อมบำรุงไม่น้อยกว่า 7 ปี นับจากวันที่รับมอบ

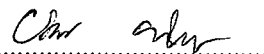
5.12 มีเอกสารรับรองจากบริษัทผู้ผลิตว่า มีช่างที่ผ่านการอบรมและสามารถซ่อมเครื่องได้

5.13 มีหลักฐานแสดงว่าบริษัทผู้เสนอราคาเป็นผู้นำเข้าเครื่องนี้ โดยมีใบจดทะเบียนสถานประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ที่ออกให้โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

5.14 ผู้เสนอราคาจะต้องนำเสนอแคตตาล็อกแนบมา พร้อมทำเครื่องหมายหรือหลักฐานที่เชื่อถือได้จากบริษัทผู้ผลิตตามหัวข้อที่ทางราชการกำหนด



นางรุจิราลักษณ์ พรหมเมือง



นางสาวอรณัญช์ อภิรัชต์ธร



นางสาวดารา คำแหวน

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 ****

ตารางแสดงวงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรและรายละเอียดค่าใช้จ่าย

การจัดซื้อจัดจ้างที่มีใข้งานก่อสร้าง

1.	ชื่อโครงการ	เครื่องช่วยหายใจสำหรับทารกแรกเกิดชนิดความถี่สูง	จำนวน 1 เครื่อง
2.	หน่วยงานเจ้าของโครงการ	หอผู้ป่วยทารกแรกเกิดระยะวิกฤต 1	โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
3.	วงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรร	1,584,000.- บาท	(หนึ่งล้านห้าแสนแปดหมื่นสี่พันบาทถ้วน)
4.	วันที่กำหนดราคากลาง (ราคาอ้างอิง)	ณ วันที่ 15 กันยายน 2569	
	เป็นเงิน	1,584,000 บาท	ราคา/หน่วย 1,584,000 บาท
5.	แหล่งที่มาของราคากลาง (ราคาอ้างอิง)	สืบราคาจากท้องตลาด จำนวน 3 บริษัท ดังนี้	
	5.1 บริษัท	สไปโร เมด จำกัด จำกัด	
	5.2 บริษัท	เมดิแคร์ (ประเทศไทย) จำกัด	
	5.3 บริษัท	ไฟส์ซิส เมดิคอล จำกัด	
6.	รายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้กำหนดราคากลาง (ราคาอ้างอิง)	ทุกคน	
	6.1 นางรุจิราลักษณ์ พรหมเมือง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	
	6.2 นางสาวอรณัญช์ อภิรัชต์ธร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	
	6.3 นางสาวดาราคำแหวน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	