



ประกาศจังหวัดขอนแก่น

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

จังหวัดขอนแก่น มีความประสงค์จะประกวดราคาซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ จำนวน ๑ รายการ ของโรงพยาบาลขอนแก่น ด้วยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ (e-bidding) ราคาของงานซื้อในการประกวดราคาค้างนี้ เป็นเงินทั้งสิ้น ๒,๕๗๔,๐๐๐.-บาท (สองล้านห้าแสนเจ็ดหมื่นสี่พันบาทถ้วน) ตามรายการ ดังนี้

เครื่องติดตามระบบพลศาสตร์การไหลเวียนของโลหิต

และสารน้ำในร่างกายผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องรองรับ

การมอเนเตอร์แบบ Invasive, Minimally Invasive และ

Non Invasive ในเครื่องเดียวกัน พร้อมชุดวัดปริมาณ

ความอืดตัวของออกซิเจนในสมองด้วยเทคโนโลยี NIRS

จำนวน ๑ เครื่อง

ผู้ยื่นข้อเสนอต้องยื่นข้อเสนอโดยแสดงหลักฐานถึงขีดความสามารถและความพร้อมที่มีอยู่ ในวันยื่นข้อเสนอ โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. ผู้ยื่นข้อเสนอจะต้องมีคุณสมบัติให้เป็นไปตามเอกสารประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์กำหนด

๒. ผู้ยื่นข้อเสนอต้องเสนอราคาทางระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์ ในวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๙ ระหว่างเวลา ๐๙.๐๐ น. ถึงเวลา ๑๒.๐๐ น. ซึ่งสามารถจัดเตรียมเอกสารข้อเสนอได้ตั้งแต่วันที่ประกาศจนถึงวันเสนอราคา

๓. ผู้สนใจสามารถดูรายละเอียดและดาวน์โหลดเอกสารประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์ เลขที่ ๓๓๔/๒๕๖๙ ลงวันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙ ผ่านทางระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์ ได้ตั้งแต่วันที่ประกาศจนถึงวันเสนอราคา ได้ที่เว็บไซต์ [www.kkh.go.th](http://www.kkh.go.th), [www.khonkaen.go.th](http://www.khonkaen.go.th) หรือ [www.gprocurement.go.th](http://www.gprocurement.go.th) ทั้งนี้ หากต้องการทราบรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ โปรดสอบถามมายังจังหวัดขอนแก่น ผ่านทางโทรศัพท์หมายเลข ๐-๔๓๐๐-๙๙๐๐ ต่อ ๓๗๕๐ ในเวลาราชการ

ประกาศ ณ วันที่ ๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙

๕

(นายธนสิทธิ์ ไพรพงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

## รายละเอียดและคุณลักษณะเฉพาะ

เครื่องติดตามระบบพลศาสตร์การไหลเวียนของโลหิตและสารน้ำในร่างกายผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง  
รองรับการมอนิเตอร์แบบ Invasive, Minimally Invasive และ Non Invasive  
ในเครื่องเดียวกัน พร้อมชุดวัดปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในสมองด้วยเทคโนโลยี NIRS  
โรงพยาบาลขอนแก่น

### 1. วัตถุประสงค์การใช้งาน

เป็นชุดเครื่องที่ใช้สำหรับแสดงค่าพลศาสตร์การไหลเวียนโลหิตและสารน้ำ (Hemodynamic Parameter) รวมถึงแสดงปริมาณออกซิเจนที่ขนส่งไปหล่อเลี้ยงในอวัยวะที่สำคัญของร่างกายผู้ป่วยวิกฤติ และ/หรือผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด เพื่อช่วยในการประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ หลอดเลือด ปอด และ/หรือสมองอย่างต่อเนื่อง รวมถึงกลั่นเนื้อส่วนต่าง ๆ ในร่างกายผู้ป่วย เพื่อช่วยในการประเมิน กำหนดแนวทาง และติดตามผลการรักษา ได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็วยิ่งขึ้น พร้อมระบบการช่วยพยากรณ์การเกิดภาวะความดันโลหิตลดลงต่ำ (Hypotension) เพื่อช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

### 2. รายละเอียดทั่วไป

- 2.1 เป็นเครื่องขนาดกะทัดรัด สะดวกในการเคลื่อนย้าย และ/หรือมีอุปกรณ์การติดตั้งที่สะดวกต่อการเคลื่อนย้ายเป็นเสาน้ำเกลือเป็นอย่างน้อย
- 2.2 หน้าจอแสดงผลแบบจอสี พร้อมระบบสัมผัส (Touch Screen) ขนาดไม่น้อยกว่า 12 นิ้ว และมีความละเอียดในการแสดงผลไม่น้อยกว่า 1024x768 พิกเซล LCD
- 2.3 สามารถแสดงผลบนหน้าจอได้ดังนี้เป็นอย่างน้อย คือ
  - 2.3.1 รูปแบบกราฟ (Graphical Trend Screen)
  - 2.3.2 รูปแบบตาราง (Tabular Trend Screen)
  - 2.3.3 รูปแบบกราฟและตารางร่วมกัน (Graphical Tabular Trend Split Screen)
  - 2.3.4 รูปแบบทางสรีระ (Animated Physiology Screen)
  - 2.3.5 รูปแบบหน้าปัด (Cockpit Screen)
- 2.4 สามารถกำหนดค่าสัญญาณเตือน (Alarm limits) และส่งเสียงเตือนความผิดปกติได้ทั้งในรูปแบบเสียงและสี
- 2.5 ใช้ระบบปฏิบัติการสำหรับตัวเครื่องด้วยระบบปฏิบัติการ Windows 10 หรือใหม่กว่า
- 2.6 สามารถใช้กับกระแสไฟฟ้า 220 โวลต์ 50 เฮิรท์ ได้
- 2.7 มีแบตเตอรี่สำรองในตัวชนิด lithium Ion หรือเทียบเท่าหรือดีกว่า

นางเข็มเพชร เศรษฐ์สัมพันธ์  
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

นางกฤตวรรณ สหพันธ์ราษฎร์  
นายแพทย์ชำนาญการ

นางสาวรังสิณี จันทร์ไข  
นายแพทย์ชำนาญการ

(นางรุจิราลักษณ์ พรหมเมือง)  
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

- 2.8 ชุดตัวเครื่องรองรับการพัฒนาและเพิ่มเติม Module Pocket เพื่อรองรับการมอนิเตอร์แบบ Invasive, minimal invasive และ noninvasive ได้
- 2.9 สามารถเก็บข้อมูลและเรียกดูข้อมูลในเครื่องย้อนหลังได้ไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง
- 2.10 สามารถเลือกแสดงผลได้ทั้งแบบ Index และ Non-indexed mode
- 2.11 มีฟังก์ชัน Intervention Event ที่สามารถบันทึกจากการทำ Intervention แต่ละช่วงเวลาได้
- 2.12 ได้รับการรับรองมาตรฐาน US - FDA , CE Mark , Thai FDA หรือมาตรฐานสากลที่เทียบเท่า
- 2.13 ผลิตภายใต้มาตรฐานระบบ ISO 13485

### 3. คุณสมบัติทางเทคนิค

- 3.1 รองรับการใช้งานอุปกรณ์ได้หลากหลาย ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย ได้ดังนี้ คือ

3.1.1 มีอุปกรณ์ชนิด Non-invasive ผ่าน finger cuff เพื่อคำนวณและแสดงค่า Cardiac Output (CO), Stroke Volume (SV), Stroke Volume Variation (SVV), Systemic Vascular Resistance (SVR)

อย่างต่อเนื่องพร้อมทั้งมีอุปกรณ์ปรับระดับแรงดันอัตโนมัติตามระดับตำแหน่งหัวใจ (Heart Reference System/HRS)

3.1.2 มีอุปกรณ์ชนิด Minimally invasive เพื่อติดตามแรงดันเลือดแดง (Arterial Pressure) อย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตาม และประเมินการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดของคนไข้ทั้งวิกฤติ และ วิกฤติอย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลักการ Pulse Contour Analysis

3.1.3 มีอุปกรณ์ชนิด Minimally invasive เพื่อคาดการณ์ภาวะ hypotension ที่จะเกิดขึ้นล่วงหน้า และเฝ้าติดตามการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด (Cardiac Function) อย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ หรือขณะทำการผ่าตัด โดยสามารถต่อเข้ากับอุปกรณ์ผ่านทางสายสวน หลอดเลือดแดง เพื่อแสดงผลที่หน้าจอเครื่อง สามารถแสดงค่าการประเมินการตอบสนองการให้สารน้ำ ในกรณีที่ขาดสารน้ำ แสดงค่าความดันของหัวใจห้องล่างในเวลาเปลี่ยนแปลงไป

3.1.4 สามารถวัดปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในสมองแบบ noninvasive ได้โดยวัดจาก สมองทั้งสองฝั่งพร้อมกัน และ/หรือบริเวณกล้ามเนื้อลายต่าง ๆ โดยใช้พลังงานคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าผ่าน ความถี่ Near infrared (NIRS) โดยสามารถปล่อยคลื่นแสงได้อย่างน้อย 5 ช่วงคลื่น (5 wavelength)

- 3.2 ชุดอุปกรณ์ สามารถแสดงค่าต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี ดังนี้

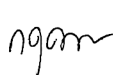
- 3.2.1 Cardiac Output (CO)
- 3.2.2 Stroke Volume (SV, SVI)
- 3.2.3 Stroke Volume Variation (SVV)
- 3.2.4 Pulse Pressure Variation (PPV)
- 3.2.5 Systemic Vascular Resistance (SVR)



(นางสาวจิราภรณ์ พรหมเมือง)  
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่



นางเข็มเพชร เศรษฐ์สัมพันธ์  
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ



นางกฤตวรรณ สหพันธ์ทรายุทธ  
นายแพทย์ชำนาญการ



นางสาวรังสิณี จันทรีไข  
นายแพทย์ชำนาญการ

- 3.2.6 Oxygen Delivery ( $DO_2$ )
- 3.2.7 Oxygen Consumption ( $VO_2$ )
- 3.2.8 Mean Arterial Pressure (MAP)
- 3.2.9 Systolic Pressure
- 3.2.10 Diastolic Pressure
- 3.2.11 Tissue Oxygenation Saturation ( $StO_2$ )
- 3.2.12 HPI parameter
- 3.2.13 Maximum slope of the arterial pressure upstroke ( $dP/dt$ )
- 3.2.14 Dynamic arterial elastance ( $E_{dyn}$ )

#### 4. อุปกรณ์ประกอบการใช้งาน

|                                                    |             |
|----------------------------------------------------|-------------|
| 4.1 HemoSphere Noninvasive Module                  | จำนวน 1 ชุด |
| 4.2 Pressure controller kit                        | จำนวน 1 ชุด |
| 4.3 Heart reference sensor                         | จำนวน 1 ชุด |
| 4.4 HemoSphere battery pack                        | จำนวน 1 ชุด |
| 4.5 HemoSphere Tissue Oximetry Module              | จำนวน 1 ชุด |
| 4.6 ForeSight Tissue Oximetry Module (Smart Cable) | จำนวน 1 ชุด |
| 4.7 Pressure Smart Cable                           | จำนวน 2 ชุด |
| 4.8 Pressure Out Cable                             | จำนวน 1 ชุด |
| 4.9 Power cord                                     | จำนวน 1 ชุด |
| 4.10 Roll Stand                                    | จำนวน 1 ชุด |

#### 5. เงื่อนไขเฉพาะ

- 5.1 มีช่างผู้ชำนาญงานมาติดตั้ง ทดลองสาธิต และอบรมการใช้งานให้แก่ผู้ใช้งานสามารถปฏิบัติงานได้อย่างดี
- 5.2 ผู้ขายต้องรับประกันความชำรุดบกพร่องของสิ่งของไม่น้อยกว่า 2 ปี นับตั้งแต่วันรับมอบของครบ หากในระหว่างประกันเกิดความขัดข้องด้วยประการใด ๆ อันเนื่องจากการใช้งานปกติ ผู้ขายต้องดำเนินการแก้ไขให้ใช้งานได้ดีภายในกำหนด 7 วัน นับจากวันที่ได้รับแจ้ง หากมีการแก้ไข 3 ครั้งแล้วยังไม่สามารถใช้งานได้ตามปกติ ผู้ขายจะต้องนำเครื่องมาเปลี่ยนให้ใหม่โดยไม่คิดมูลค่าและค่าใช้จ่ายใด ๆ ภายใน 30 วัน
- 5.3 มีการตรวจเช็คเพื่อบำรุงรักษาพร้อมสอบเทียบเครื่องมือ 2 ครั้ง/ปี โดยวิศวกรผู้เชี่ยวชาญตลอดระยะรับประกัน
- 5.4 มีคู่มือการใช้งานและคู่มือการบำรุงรักษาทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ จำนวนอย่างละ 1 ชุด

นางเข็มเพชร เศรษฐ์สัมพันธ์

(นางรุจิราลักษณ์ พรหมเมือง)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

นางกฤตวรรณ สหพันธ์ทรัพย์

นายแพทย์ชำนาญการ

นางสาวรังสิณี จันทร์ไข

นายแพทย์ชำนาญการ

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<br>(บาท) | เป็นเงิน<br>(รวม) | วัสดุ<br>ในประเทศ | วัสดุ<br>ต่างประเทศ |
|-------------------|------------|-------|--------|-----------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| ๑                 | ปูนซีเมนต์ |       |        |                       |                   |                   |                     |
| ๒                 | กระเบื้อง  |       |        |                       |                   |                   |                     |
| ๓                 | ผ้าเพดาน   |       |        |                       |                   |                   |                     |
| ๔                 | หลอดไฟ     |       |        |                       |                   |                   |                     |
| ๕                 | โคมไฟ      |       |        |                       |                   |                   |                     |
| รวม               |            |       |        |                       | xxx               | xxx               | xxx                 |
| อัตรา<br>(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).....

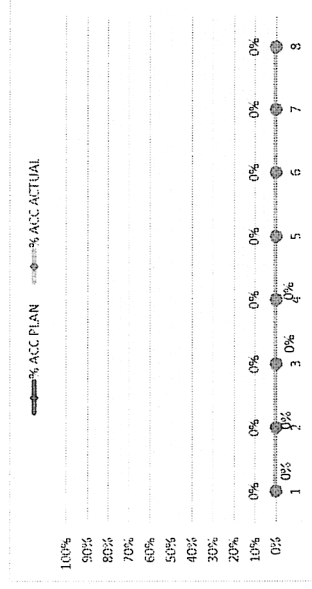
**\*\* เอกสารฉบับนี้จัดพิมพ์โดยระบบอิเล็กทรอนิกส์ \*\***



## ตัวอย่างแบบการจัดทำแผนการทำงาน

[illegible]

| 1        | 2        | 3        | 4        | 5        | 6        | 7        | 8        |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| เดือน... | เดือน... | เดือน... | เดือน... | เดือน... | เดือน... | เดือน... | เดือน... |
|          |          |          |          |          |          |          |          |

[illegible]

หมายเหตุ: 1) กรณีตัวอย่าง กำหนดระยะเวลาการก่อสร้างตามแผนดำเนินงานทั้งสิ้น 8 เดือน

2) ระยะเวลาการก่อสร้างตามแผนดำเนินงานของแต่ละรายการก่อสร้าง เช่น งานรื้อโครงสร้างเดิม กำหนดระยะเวลาการก่อสร้าง จำนวน 4 เดือน (ไม่รวมระยะเวลาการก่อสร้างผิวทาง)

3) ร้อยละของงานที่ผู้รับจ้างต้องดำเนินการก่อสร้างตามแผนงานประจำปีการก่อสร้าง ซึ่งแต่ละรายการก่อสร้าง คิดเป็น 100 % หมายถึง ร้อยละถึง 25 25

4) Money

| ร้อยละของแผนดำเนินงาน | จำนวนจากมูลค่าของงานตามแผนดำเนินการ | เมื่อเทียบกับมูลค่าของงานทั้งโครงการ |
|-----------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 5) % PLAN             |                                     |                                      |

| Money | % PLAN |
|-------|--------|
|-------|--------|



ตารางแสดงวงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรและรายละเอียดค่าใช้จ่าย

การจัดซื้อจัดจ้างที่มีใช้งานก่อสร้าง

1. ชื่อโครงการ เครื่องติดตามระบบพลศาสตร์การไหลเวียนของโลหิตและสารน้ำในร่างกายผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง  
รองรับการมอนิเตอร์แบบ Invasive, Minimally Invasive และ Non Invasive ในเครื่องเดียวกัน พร้อมชุดวัด  
ปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในสมองด้วยเทคโนโลยี NIRS จำนวน 1 เครื่อง
2. หน่วยงานเจ้าของโครงการ โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
3. วงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรร 2,574,000 บาท (สองล้านห้าแสนเจ็ดหมื่นสี่พันบาทถ้วน)
4. วันที่กำหนดราคากลาง (ราคาอ้างอิง) ณ วันที่ .....7.....กันยายน 2569.....  
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 2,574,000 บาท (สองล้านห้าแสนเจ็ดหมื่นสี่พันบาทถ้วน)
5. แหล่งที่มาราคากลาง (ราคาอ้างอิง)
  1. บริษัท เอ็ดวาร์ดส์ไลฟ์ไซเ็นซ์ (ประเทศไทย) จำกัด
6. รายชื่อผู้รับผิดชอบกำหนดราคากลาง (ราคาอ้างอิง) ทุกคน
  - 6.1 นางรุจิราลักษณ์ พรหมเมือง รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ หัวหน้าเจ้าหน้าที่
  - 6.2 นางเข็มเพชร เศรษฐ์สัมพันธ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
  - 6.3 นางสาวกฤตวรรณ สหันทราษฎร์ นายแพทย์ชำนาญการ
  - 6.4 นางสาวรังสินี จันทรีไช นายแพทย์ชำนาญการ