

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. 2561

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน:โรงพยาบาลท่า่าง.....

วัน/เดือน/ปี:1 ธันวาคม 2563.....

หัวข้อ:รายงานหลักฐานการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน แสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้าง.....

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

.....ตามเอกสารแนบ.....

Linkภายนอก:<http://www.thayanghospital.go.th/>.....

หมายเหตุ:

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

วีรชาติ พันธุ์บ้านแหลม
(นายวีรชาติ พันธุ์บ้านแหลม)
ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไป ปฏิบัติการ
วันที่ 1 ธันวาคม 2563

ผู้อนุมัติรับรอง

จตุภูมิ นีละศรี
(นายจตุภูมิ นีละศรี)
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่า่าง
วันที่ 1 ธันวาคม 2563

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่


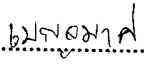
โกเมน สีสี
(นายโกเมน สีสี)
ตำแหน่ง. นักวิชาการคอมพิวเตอร์
วันที่ 1 ธันวาคม 2563

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของโรงพยาบาลท่ามาย จังหวัดเพชรบุรี
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ และผู้ตรวจรับพัสดุ
ตามใบสั่งซื้อ / จ้าง เลขที่ 29/2564 ลงวันที่ ๒ พฤศจิกายน 2563

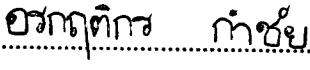
ข้าพเจ้า	นายปรณัช สำเภารเงิน	หัวหน้าเจ้าหน้าที่
ข้าพเจ้า	นางสาวเบญจมาศ ปราม่วง	เจ้าหน้าที่
ข้าพเจ้า	นางสาวอรกฤตติกร กำชัย	ผู้ตรวจรับ

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใด ๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึกด้วยความโปร่งใส สามารถให้มีผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ทุกเวลามุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. 2560

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม  ลงนาม 

นายปรณัช สำเภารเงิน นางสาวเบญจมาศ ปราม่วง
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่) (เจ้าหน้าที่)

ลงนาม 

นางสาวอรกฤตติกร กำชัย
(ผู้ตรวจรับ)

หมายเหตุ

หากเพิ่มเติมคณะกรรมการสามารถดำเนินการภายใต้แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจ ๆ นี้ได้โดยอนุโลม



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท กู๊ดไลฟ์ พลัส จำกัด
ที่อยู่ ชั้นที่ ๑ เลขที่ ๑๔๔/๒๖๗ ถนนเสรีไทย
แขวงคลองจั่น เขตบางกะปิ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๔๐
โทรศัพท์ ๐๙๒๒๖๙๑๘๑๗
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๕๖๐๕๗๘๙๒

ใบสั่งซื้อเลขที่ ก๒๙/๖๔
วันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓
ส่วนราชการ โรงพยาบาลท่ามาย
ที่อยู่ ๒๕๙/๖ ม.๑ ตำบลท่ามาย อำเภอท่ามาย จังหวัดเพชรบุรี
โทรศัพท์ ๐๓๒-๕๖๑๑๐๑ ต่อ ๒๐๗

ตามที่ บริษัท กู๊ดไลฟ์ พลัส จำกัด ได้เสนอราคา วัสดุ โรงพยาบาลท่ามาย ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	เข็มชอง DANA ขนาด 0.22x40 mm.	๑๐	กล่อง/box	๑,๑๕๐.๐๐	๑๑,๕๐๐.๐๐
๒	เข็มแผง JIAJIAN ขนาด 0.22x40 mm.	๓๕	กล่อง/box	๑๑๕.๐๐	๔,๐๒๕.๐๐
๓	เข็มแผง JIAJIAN ขนาด 0.25x75 mm.	๕	กล่อง/box	๑๑๕.๐๐	๕๗๕.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๑๕,๐๑๐.๐๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑,๐๕๓.๒๗
(หนึ่งหมื่นหกพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๖,๐๖๓.๒๗

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๙๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลท่ามาย ๒๕๙/๖ ม.๑
- ระยะเวลาประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

1. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
2. ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๓๑๑๗๐๘๔๙๕๒ ชื่อวัสดุการแพทย์ จำนวน ๓ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..... ป.น. ผู้สั่งซื้อ

(นายปรมัช สำเภารเงิน)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ลงชื่อ..... ป.น. ผู้รับใบสั่งซื้อ

(.....)

ผู้แทนขาย

วันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เลขที่โครงการ ๖๓๑๑๗๐๘๔๙๕๒

เลขคุมสัญญา ๖๓๑๑๔๐๖๕๗๕๑

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของโรงพยาบาลท่ามาย จังหวัดเพชรบุรี

ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ และผู้ตรวจรับพัสดุ

ตามใบสั่งซื้อ / จ้าง

เลขที่

ภ ๒๕๖๔ / ๐๕๓

ลงวันที่

๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ข้าพเจ้า

นางสาวพนัญฐ์ ทวีกุล

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้า

นางจีราภรณ์ ภูเขาชีวะ

เจ้าหน้าที่

ข้าพเจ้า

นางสาวณัฐภรณ์ สิ้นสอน

ประธานกรรมการตรวจรับ

ข้าพเจ้า

นางสาวพัรวิน พงษ์ไทย

กรรมการตรวจรับ

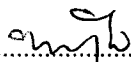
ข้าพเจ้า

นางจันทนา วรคุดตานนท์


กรรมการตรวจรับ

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใด ๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึกด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ทุกเวลามุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม 

นางสาวพนัญฐ์ ทวีกุล
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

ลงนาม 


นางจีราภรณ์ ภูเขาชีวะ
(เจ้าหน้าที่)

ลงนาม 

นางสาวณัฐภรณ์ สิ้นสอน
(ประธานกรรมการตรวจรับ)

ลงนาม 

นางสาวพัรวิน พงษ์ไทย
(กรรมการตรวจรับ)

ลงนาม 

นางจันทนา วรคุดตานนท์
(กรรมการตรวจรับ)

หมายเหตุ

หากเพิ่มเติมคณะกรรมการสามารถดำเนินการภายใต้แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจ นี้ได้โดยอนุโลม



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย องค์การเภสัชกรรม
ที่อยู่ เลขที่ ๗๕/๑ ถนนพระรามที่ ๖
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐
โทรศัพท์ ๐๒๒๐๓๘๘๓๐, ๐๒๒๐๓๘๘๐๓
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๙๙๕๐๐๐๑๖๕๓๑๕

ใบสั่งซื้อเลขที่ ภ๒๕๖๔/๐๕๓
วันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๓
ส่วนราชการ โรงพยาบาลท่า양
ที่อยู่ ๒๕๙/๖ ม.๑ ตำบลท่า양 อำเภอท่า양 จังหวัดเพชรบุรี
โทรศัพท์ ๐๓๒-๕๖๑๑๐๐ ต่อ ๑๑๐

ตามที่ องค์การเภสัชกรรม ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลท่า양 ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	Amlodipine Besylate Tablets 5 mg. (10 x 10s)	๕,๐๐๐	กล่อง/box	๓๘.๕๒	๑๙๒,๖๐๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๑๘๐,๐๐๐.๐๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑๒,๖๐๐.๐๐
(หนึ่งแสนเก้าหมื่นสองพันหกร้อยบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๙๒,๖๐๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๖๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๔
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลท่า양 ๒๕๙/๖ ม.๑
- ระยะเวลารับประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

๑. การติดต่อการแสดตมบ้ให้เป็นไปตมประมวลกฎหมยรชฎากร หกตองการให้ใบสั่งซื้อมผลตมกฎหมย
๒. ใบสั่งซื้อสั่งจ้งน้อ้างอิงตมเลขที่โครงการ ๖๓๑๑๗๑๓๕๕๕๒ ชื่อเวชภัณฑ์ยา จำนวน ๑ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..... *วิมลทิพย์* ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวนพณัฐ ทวีกุล)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ลงชื่อ..... *สรวิศา วัฒนวิมลทิพย์* ผู้รับใบสั่งซื้อ

(*คุณสรวิศา วัฒนวิมลทิพย์*)

ผู้แทนขาย

วันที่ ๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เลขที่โครงการ ๖๓๑๑๗๑๓๕๕๕๒

เลขคุมสัญญา ๖๓๑๑๔๑๐๕๑๐๔