



ประกาศโรงพยาบาลสิชล  
เรื่อง การสืบราคาเวชภัณฑ์มิใช่ยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ด้วยโรงพยาบาลสิชลได้จัดให้มีการดำเนินการสืบราคาเวชภัณฑ์มิใช่ยา ภายใต้นโยบาย คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาลสิชล และคณะกรรมการพิจารณาราคาและคุณภาพ เวชภัณฑ์มิใช่ยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ราชการและให้การดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นไปอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ โรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช จึงได้จัดให้มีการสืบราคาเวชภัณฑ์มิใช่ยา โรงพยาบาลสิชล ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โดยมีกำหนดการดังนี้

วันที่ยื่นซอง ภายในวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๑ ระหว่างเวลา ๐๙.๐๐ ถึง ๑๖.๐๐ น. ณ คลัง เวชภัณฑ์ โรงพยาบาลสิชล

วันที่สืบราคา ๘ มีนาคม ๒๕๖๑ ระหว่างเวลา ๐๙.๐๐ ถึง ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุม ๓ โรงพยาบาลสิชล

จึงประกาศมาให้ทราบ

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๑

(นายอารักษ์ วงศ์วรชาติ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล



ที่ นศ ๐๐๓๒.๒/ ๕๑๐

โรงพยาบาลสิชล ถนนศุภโยคพัฒนา  
ตำบลสิชล อำเภอสิชล  
จังหวัด นครศรีธรรมราช ๘๐๑๒๐

๓๐ มกราคม ๒๕๖๑

เรื่อง ส่งเอกสารสืบบราคาเวชภัณฑ์มิใช่ยา ปิงบประมาณ ๒๕๖๑

เรียน ผู้จัดการบริษัท / ห้าง / ร้าน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารในการยื่นซองสืบบราคา/ ใบเสนอราคา

๒. รายการเวชภัณฑ์มิใช่ยาสืบบราคาโรงพยาบาลสิชล ปิงบประมาณ ๒๕๖๑

ด้วยนโยบายกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้การจัดซื้อจัดหาเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลให้เป็นไป  
ในรูปของคณะกรรมการ และให้มีการบริหารจัดการภายใต้คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดทั้งนี้เพื่อให้  
เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ราชการและการบริการประชาชน ดังนั้นเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพ  
ประสิทธิภาพ ตรวจสอบได้ โรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จึงได้จัดให้มีการสืบบ  
ราคาเวชภัณฑ์มิใช่ยา โรงพยาบาลสิชล ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ โดยมีกำหนดการดังนี้

วันที่ยื่นซอง ภายในวันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๖๑ ระหว่างเวลา ๐๙.๐๐ ถึง ๑๖.๐๐ น. ณ คลัง  
เวชภัณฑ์ โรงพยาบาลสิชล

วันที่สืบบราคา ๘ มีนาคม ๒๕๖๑ ระหว่างเวลา ๐๙.๐๐ ถึง ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุม ๓  
โรงพยาบาลสิชล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายอารักษ์ วงศ์วรชาติ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล

กลุ่มงานเภสัชกรรม

โทร.๐ ๗๕๓๓ ๕๘๐๐-๔ ต่อ ๓๑๑,๑๖๑

โทรสาร ๐๗๕-๕๓๖๓๘๑

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Sichonphar@gmail.com

WWW.sichon-hospital.com

## เอกสารในการยื่นซองพิจารณาราคา

โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความประสงค์ จะพิจารณาราคาเวชภัณฑ์มีใบยา จำนวน ๓๘๙ รายการ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ซึ่งเวชภัณฑ์มีใบยาที่จะซื้อนี้จะต้องเป็นของแท้ ของใหม่ไม่เคยใช้งานมาก่อน ไม่เป็นของเก่า อยู่ในสภาพที่จะใช้งานได้ทันทีและมีคุณลักษณะตรงตามที่กำหนดไว้ในเอกสารสืปราคาฉบับนี้ โดยมีข้อกำหนด ดังต่อไปนี้

๑. เอกสารแนบท้ายเอกสารพิจารณาราคาเวชภัณฑ์มีใบยา
  - ๑.๑ แบบใบเสนอราคา
  - ๑.๒ รายการเวชภัณฑ์มีใบยาพิจารณาราคาโรงพยาบาลสิชล
๒. คุณสมบัติของผู้เสนอราคา
  - ๒.๑ ผู้เสนอราคาต้องเป็นผู้มีอาชีพขายเวชภัณฑ์มีใบยาที่พิจารณาราคา
  - ๒.๒ ผู้เสนอราคาต้องไม่เป็นผู้ที่ถูกระบุชื่อไว้ในบัญชีรายชื่อผู้ทำงานของทางราชการและได้แจ้งเวียนชื่อแล้วหรือไม่เป็นผู้ที่ได้รับผลของการสั่งให้นิติบุคคลหรือบุคคลอื่นเป็นผู้ทำงานของทางราชการ
  - ๒.๓ ผู้เสนอราคาต้องไม่เป็นผู้มีผลประโยชน์ร่วมกันกับผู้เสนอราคารายอื่น ณ วันประกาศพิจารณาราคาหรือไม่เป็นผู้กระทำการอันเป็นการขัดขวางการแข่งขันราคาอย่างเป็นธรรม
  - ๒.๔ ผู้เสนอราคาต้องไม่เป็นผู้ได้รับเอกสิทธิ์หรือความคุ้มกัน ซึ่งอาจปฏิเสธไม่ยอมขึ้นศาลไทย เว้นแต่รัฐบาลของผู้เสนอราคาได้มีคำสั่งให้สละสิทธิ์และความคุ้มกันเช่นนั้น
๓. หลักฐานการเสนอราคา
  - ๓.๑ ผู้เสนอราคาเวชภัณฑ์มีใบยาจะต้องเสนอราคา พร้อมเอกสารหลักฐาน ดังนี้คือ
    - ๑) ใบเสนอราคาที่ยื่นมาพร้อมค่าเพิ่มแล้ว และบัญชีรายการและจำนวนตัวอย่างที่ยื่นเสนอ
    - ๒) สำเนาใบทะเบียนการค้า (ทย ๑, ทย ๒, ทย ๓, ทย ๔)
    - ๓) สำเนาใบรับรอง GMP หรือISO หรือใบรับรองคุณภาพอื่นๆของโรงงาน
    - ๔) สำเนาใบวิเคราะห์คุณภาพวัตถุดิบ และใบวิเคราะห์คุณภาพวัตถุดิบของแหล่งวัตถุดิบ
    - ๕) สำเนาใบวิเคราะห์คุณภาพของผลิตภัณฑ์ ในเวชภัณฑ์ฯรุ่นที่ส่งเป็นตัวอย่าง
    - ๖) ตัวอย่างเวชภัณฑ์มีใบยาที่เสนอ (ตามเอกสารแนบท้าย)
๔. การเสนอราคา
  - ๔.๑ ผู้เสนอราคาต้องยื่นเสนอราคาตามแบบที่กำหนดไว้ในเอกสารพิจารณาราคานี้โดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น และจะต้องกรอกข้อความให้ถูกต้องครบถ้วน ลงลายมือชื่อของผู้เสนอราคาให้ชัดเจน จำนวนเงินที่เสนอต้องระบุตรงกันทั้งตัวเลขและตัวอักษร โดยไม่มีการชดเชยหรือแก้ไข หากมีการชดเชย ตก เต็ม แก้ไขเปลี่ยนแปลง จะต้องลงลายมือชื่อผู้เสนอราคาพร้อมประทับตรา (ถ้ามี) กำกับไว้ทุกแห่ง
  - ๔.๒ ผู้เสนอราคาจะต้องเสนอราคาเป็นเงินบาท และเสนอราคาเพียงราคาเดียว โดยเสนอราคารวม และหรือราคาต่อหน่วย และหรือต่อรายการ ตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ท้ายใบเสนอราคาให้ถูกต้อง ทั้งนี้ราคารวมที่เสนอจะต้องตรงกันทั้งตัวเลขและตัวหนังสือ ถ้าทั้งตัวเลขและตัวหนังสือไม่ตรงกันให้ถือตัวหนังสือเป็นสำคัญ โดยคิดราคารวมทั้งสิ้นซึ่งรวมค่าภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอากรอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียนและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ทั้งปวงจนกระทั่งส่งมอบยาให้ ณ โรงพยาบาลสิชล  
ราคาที่เสนอจะต้องกำหนดวันยื่นราคาไม่น้อยกว่า ๓๖๕ วัน นับแต่วันเปิดใบเสนอราคาโดยภายในกำหนดยื่นราคาผู้เสนอราคาต้องรับผิดชอบราคาที่ตนได้เสนอไว้ และจะถอนการเสนอราคามีได้
  - ๔.๓ ผู้เสนอราคาจะต้องยื่นซองใบเสนอราคาที่ยื่นซองของเรียบริ้อย จำหน่ายจนถึงประธานกรรมการพิจารณาราคาเวชภัณฑ์มีใบยาโรงพยาบาลสิชล โดยระบุไว้ที่หน้าซองว่า “ใบเสนอราคาเวชภัณฑ์มีใบยา รายการที่.....” (รายการที่หมายถึง ลำดับรายการตามรายการการพิจารณาเวชภัณฑ์ยา ตาม

เอกสารแนบท้าย) ส่งถึง / ยื่นของ ณ คลังเวชภัณฑ์ (พิจารณาราคาเวชภัณฑ์มิใช่ยา) โรงพยาบาลสิชล วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ - ๗ มีนาคม ๒๕๖๑ ระหว่างเวลา ๐๙.๐๐ น. ถึง ๑๖.๐๐ น. ในวันและเวลาราชการ ณ คลังเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลสิชล เมื่อพ้นกำหนดเวลายื่นของแล้วคณะกรรมการฯ จะไม่รับซองใบเสนอราคา

๕. หลักเกณฑ์และสิทธิในการพิจารณาราคา

๕.๑ ในการพิจารณาราคานี้ คณะกรรมการจะตรวจสอบคุณสมบัติประกอบราคาที่เหมาะสม

๕.๒ หากผู้เสนอราคารายใดมีคุณสมบัติไม่ถูกต้อง หรือยื่นหลักฐานการเสนอราคาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน คณะกรรมการฯ จะไม่พิจารณาราคาของผู้เสนอรายนั้นเว้นแต่เป็นข้อผิดพลาดหรือผิดพลาดเพียงเล็กน้อย หรือผิดพลาดไปจากเงื่อนไขของเอกสารสอบราคาในส่วนที่มีใช้สาระสำคัญ ทั้งนี้ เฉพาะในกรณีที่พิจารณาเห็นว่าจะประโยชน์ต่อโรงพยาบาลสิชลและราชการ เท่านั้น

๕.๓ โรงพยาบาลสิชล สงวนสิทธิไม่พิจารณาราคาของผู้เสนอราคาโดยไม่มีเงื่อนไขดังต่อไปนี้

- ๑) ไม่ปรากฏชื่อผู้เสนอราคารายนั้น ในหลักฐานการรับเอกสาร ก่อนวันเปิดซองเสนอราคา
- ๒) ไม่กรอกชื่อนิติบุคคล (บุคคลธรรมดา) หรือลงลายมือชื่อผู้เสนอราคาอย่างหนึ่งอย่างใดหรือทั้งหมดในใบเสนอราคา
- ๓) เสนอรายละเอียดแตกต่างไปจากเงื่อนไขที่กำหนดในเอกสารสืบราคาที่เป็นสาระสำคัญหรือมีผลทำให้เกิดความได้เปรียบเสียเปรียบแก่ผู้เสนอราคารายอื่น
- ๔) ราคาที่เสนอมีการชดเชย ตก เต็ม แก้ไข เปลี่ยนแปลงโดยผู้เสนอราคามีได้ลงลายมือชื่อพร้อมประทับตรา (ถ้ามี) กำกับไว้

๕.๔ ในการตัดสินใจพิจารณาราคาหรือในการทำสัญญา คณะกรรมการฯ มีสิทธิให้ผู้เสนอราคาชี้แจงข้อเท็จจริง สภาพ ฐานะ หรือข้อเท็จจริงอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับผู้เสนอราคาได้ โรงพยาบาลสิชล มีสิทธิที่จะไม่รับราคาหากหลักฐานดังกล่าวไม่มีความเหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง

๕.๕ โรงพยาบาลสิชล ทรงไว้ซึ่งสิทธิที่จะไม่รับราคาต่ำสุด หรือราคาหนึ่งราคาใด หรือราคาเสนอทั้งหมดก็ได้ และอาจพิจารณาเลือกซื้อในจำนวนหรือขนาดหรือเฉพาะรายการหนึ่งรายการใด หรืออาจจะยกเลิกการสืบราคาโดยไม่พิจารณาจัดซื้อเลยก็ได้แต่พิจารณา ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของทางราชการเป็นสำคัญและให้ถือว่าการตัดสินใจของโรงพยาบาลสิชล เป็นเด็ดขาด ผู้เสนอราคาจะเรียกร้องค่าเสียหายใด ๆ มิได้ รวมทั้งโรงพยาบาลสิชล จะพิจารณายกเลิกการสืบราคาและลงโทษผู้เสนอราคาเป็นผู้ทำงานไม่ว่าจะเป็นผู้เสนอราคาที่ได้รับการคัดเลือกหรือไม่ก็ตามหากมีเหตุที่เชื่อได้ว่าการเสนอราคากระทำโดยไม่สุจริตเช่น การเสนอราคาอันเป็นเท็จ หรือใช้ชื่อบุคคลธรรมดาหรือ นิติบุคคลอื่นมาเสนอราคาแทน เป็นต้น

๕.๖ บริษัทที่ได้รับการคัดเลือก ต้องแนบใบรับรองคุณภาพเวชภัณฑ์ฯ มาด้วยทุกครั้งที่มีการจัดส่งเวชภัณฑ์ฯ และเวชภัณฑ์ฯ ที่จัดส่งต้องมีอายุคงเหลือไม่น้อยกว่า ๑๒ เดือน

## จำนวนตัวอย่างเวชภัณฑ์มีไข้ยา

ตัวอย่างเวชภัณฑ์มีไข้ยา ต้องส่งพร้อมบรรจุภัณฑ์ที่จำหน่ายจริง จำนวนดังนี้

๑. เวชภัณฑ์ประเภทสายสวน สายต่างๆ จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ เส้น
๒. เวชภัณฑ์ประเภทสำลีก้อน ห่อเล็ก จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ ห่อ  
สำลีก้อน ห่อใหญ่ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑-๒ ห่อ
๓. พลาสเตอร์ใส พลาสเตอร์ต่างๆ ผ้าเทป จำนวนไม่น้อยกว่า ๑ หน่วยบรรจุ
๔. เข็มเบอร์ต่างๆ อย่างละไม่น้อยกว่า ๑ หน่วยบรรจุ(กล่อง)
๕. Syring Dispose อย่างละไม่น้อยกว่า ๑ หน่วยบรรจุ(กล่อง)
๖. ถุงมือ Dispose , Mask Dispose หมวก Dispose และถุงมือ ผ่าตัด sterile อย่างละไม่น้อยกว่า ๑ หน่วยบรรจุ (กล่อง)
๗. เชื้อให้เลือดชนิดต่างๆ อย่างละไม่น้อยกว่า ๕-๗ ชุด
๘. เวชภัณฑ์ประเภท Support ต่างๆ อย่างละไม่น้อยกว่า ๒-๓ ชุด กรณีขึ้นเล็ก กรณีขึ้นใหญ่ อย่างละไม่น้อยกว่า ๑ ชุด
๙. เวชภัณฑ์อื่นๆนอกเหนือจากนี้ อย่างละไม่น้อยกว่า ๑-๒ หน่วยบรรจุ

## ใบเสนอราคา

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาราคาเวชภัณฑ์มิใช่ยา

๑. ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... อยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ ..... ในนาม ..... ตั้งอยู่ เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ ..... เบอร์โทร (ผู้แทน) .....

ผู้ลงนามข้างท้ายนี้ ได้พิจารณาเงื่อนไขต่าง ๆ ในเอกสารยื่นของพิจารณาราคาเวชภัณฑ์มิใช่ยาโดยตลอดและยอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขแล้ว รวมทั้งรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ตามที่กำหนด และไม่เป็นผู้ทำงานของทางราชการ

๒. ข้าพเจ้าขอเสนอราคาเวชภัณฑ์มิใช่ยา รวมทั้งบริการซึ่งกำหนดไว้ในเอกสารพิจารณาราคา ตามราคาและกำหนดเวลาส่งมอบ ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	รูปแบบ	ส่วนประกอบ	ขนาดบรรจุ/หน่วยนับ	ราคาต่อหน่วยบรรจุ	ชื่อการค้า	ประเทศที่ผลิต

๓. ราคาที่เสนอ ยื่นราคา ๓๖๕ วัน นับแต่วันที่เสนอราคานี้ และกำหนดส่งมอบไม่เกิน ๓๐ วัน ตั้งแต่ได้รับใบสั่งซื้อ
๔. บรรดาหลักฐานประกอบการพิจารณา เช่น แคตตาล็อก แบบรูป รายละเอียด ตัวอย่างเวชภัณฑ์มิใช่ยา ซึ่งข้าพเจ้าได้ส่งให้แก่โรงพยาบาลสิชล พร้อมใบเสนอราคา ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลสิชล ไว้เป็นเอกสารของทางราชการ
๕. ข้าพเจ้าได้ตรวจทานตัวเลข และตรวจสอบเอกสารต่าง ๆ ที่ได้ยื่นพร้อมใบเสนอราคานี้โดยละเอียดแล้ว และเข้าใจดีว่าโรงพยาบาลสิชล ไม่ต้องรับผิดชอบใด ๆ ในความผิดพลาดหรือตกหล่น
๖. ใบเสนอราคานี้ได้ยื่นเสนอโดยบริสุทธิ์ยุติธรรมและปราศจากการฉ้อฉล หรือการสมรู้ร่วมคิดกันโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายกับบุคคลหนึ่ง บุคคลใด หรือหลายบุคคล หรือกับหุ้นส่วน/บริษัทใด ๆ ที่ได้ยื่นเสนอราคาในคราวเดียวกัน

เสนอ มา ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

ประทับตาม (ถ้ามี)