

ใบเสนอราคา

เรียน ประธานคณะกรรมการดำเนินการสืบราคาวัสดุทางทันตกรรมร่วมจังหวัดสระแก้ว

๑. ข้าพเจ้า (ห้าง/ร้าน/บริษัท/ หจก.)

เลขทะเบียนการค้าที่ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....

ตั้งอยู่เลขที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด..... โทรศัพท์.....โทรสาร ได้รับทราบเงื่อนไข

และวิธีการปฏิบัติในการเสนอราคาครั้งนี้ โดยยอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขดังกล่าว

๒. ข้าพเจ้าขอเสนอราคาวัสดุทางทันตกรรมดังนี้

ที่	ชื่อรายการ-ผลิตภัณฑ์	ขนาดบรรจุ	ราคาต่อหน่วย บรรจุ (รวม vat.)	หมายเหตุ

หมายเหตุ ราคาที่เสนอนี้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มรวมทั้งภาษีอากรอื่น และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว

๓. ในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับการพิจารณาคัดเลือก ข้าพเจ้าขอรับรองจะปฏิบัติตามเงื่อนไขดังนี้

๓.๑ คำเสนอราคานี้จะยืนอยู่เป็นระยะเวลา ๑ ปี นับแต่วันที่ได้ยื่นใบเสนอราคา

๓.๒ โรงพยาบาลทรงสิทธิในจำนวนการจัดซื้อ ซึ่งอาจมากหรือน้อยกว่าจำนวนที่ประมาณการไว้

๓.๓ โรงพยาบาลจะดำเนินการจัดซื้อตามอัตราการใช้จริง เป็นงวดไป วัสดุทางทันตกรรมที่จะจัดส่งให้โรงพยาบาลจะต้องมีอายุนับจากวันผลิตไม่เกิน ๑๒ เดือน และจะต้องมีอายุการใช้งานเหลือไม่น้อยกว่า ๑๘ เดือนนับจากวันส่งมอบของ โดยมีเงื่อนไขรับแลกเปลี่ยน ๑๐๐% เมื่อวัสดุหมดอายุ หรือ มีเงื่อนไขตามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ได้กำหนดใน specการจัดซื้อวัสดุทางทันตกรรม

๔. หากบริษัทใดไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขข้างต้น หรือเกิดปัญหาด้านคุณภาพในภายหลัง โรงพยาบาลทรงไว้ซึ่งสิทธิในการยกเลิกการซื้อจากผู้จำหน่ายที่ได้รับเลือก

๕. ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบเอกสาร หลักฐานต่างๆ ที่ได้ยื่นพร้อมใบเสนอราคานี้โดยละเอียดแล้ว และเข้าใจว่าคณะกรรมการดำเนินการสืบราคาวัสดุทางทันตกรรมร่วมจังหวัดสระแก้ว ไม่ต้องรับผิดชอบใดๆ ในข้อผิดพลาดหรือตกหล่น

๖. ใบเสนอราคานี้ได้ยื่นโดยบริสุทธิ์ ยุติธรรม และปราศจากกลฉ้อฉล หรือการสมรู้ร่วมคิดโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย กับบุคคล หรือกับผู้จำหน่ายอื่นๆ ที่ได้ยื่นเสนอราคาในคราวเดียวกัน เสนอมา ณ วันที่

(ลงชื่อ)..... ผู้เสนอราคา

(.....)

ตำแหน่ง

ประทับตรา

* หมายเหตุ ผู้เสนอราคาต้องเป็นเจ้าของหรือผู้จัดการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการหรือผู้รับมอบอำนาจ