

ใบเสนอราคา

เรียน ประธานคณะกรรมการดำเนินการสืบราคายาร่วมจังหวัดสระแก้ว

๑. ข้าพเจ้า (ห้าง/ ร้าน/ บริษัท/ หจก.)

เลขทะเบียนการค้าที่ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....

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

จังหวัด..... โทรศัพท์.....โทรสาร

ได้รับทราบเงื่อนไข และวิธีการปฏิบัติในการเสนอราคาครั้งนี้ โดยยอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขดังกล่าว

๒. ข้าพเจ้าขอเสนอราคาเวชภัณฑ์ดังนี้

ที่	ชื่อสามัญ	ชื่อการค้า	ขนาดบรรจุ	ราคาต่อหน่วยบรรจุ (รวม vat.)	หมายเหตุ

หมายเหตุ ราคาที่เสนอนี้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มรวมทั้งภาษีอากรอื่น และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว

๓. ในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับการพิจารณาคัดเลือก ข้าพเจ้าขอรับรองจะปฏิบัติตามเงื่อนไขดังนี้

๓.๑ คำเสนอราคานี้จะยืนยันอยู่เป็นระยะเวลา ๑ ปี นับแต่วันที่ได้ยื่นใบเสนอราคา

๓.๒ โรงพยาบาลทรงสิทธิในจำนวนการจัดซื้อ ซึ่งอาจมากกว่าหรือน้อยกว่าจำนวนที่ประมาณการ

ไว้

๓.๓ โรงพยาบาลจะดำเนินการจัดซื้อตามอัตราการใช้จริง เป็นงวดไป ยาที่จะจัดส่งให้โรงพยาบาลจะต้องมีอายุนับจากวันผลิตไม่เกิน ๑๒ เดือน ยกเว้นยาที่มีอายุสั้น (น้อยกว่า ๑๘ เดือน) จะต้องมีการใช้งานไม่น้อยกว่า ๙ เดือน โดยมีเงื่อนไขรับแลกเปลี่ยน ๑๐๐% เมื่อยาหมดอายุ

๓.๔ จัดทำข้อตกลงหรือสัญญาจะซื้อจะขายที่โรงพยาบาลภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่ได้รับหนังสือให้ไปทำข้อตกลงหรือสัญญาจากโรงพยาบาล

๔. หากบริษัทใดไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขข้างต้น หรือเกิดปัญหาด้านคุณภาพในภายหลัง โรงพยาบาลทรงไว้ซึ่งสิทธิในการยกเลิกการซื้อจากผู้จำหน่ายที่ได้รับเลือก

๕. ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบเอกสาร หลักฐานต่างๆ ที่ได้ยื่นพร้อมใบเสนอราคานี้โดยละเอียดแล้ว และเข้าใจว่าคณะกรรมการดำเนินการสืบราคาयर่วมจังหวัดสระแก้ว ไม่ต้องรับผิดชอบใดๆ ในข้อผิดพลาดหรือตกหล่น

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

(ลงชื่อ)..... ผู้เสนอราคา

(.....)

ตำแหน่ง

ประทับตรา

* หมายเหตุ

ผู้เสนอราคาต้องเป็นเจ้าของหรือผู้จัดการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการหรือผู้รับมอบอำนาจ