ใบเสนอราคา

เรียน ประธานคณะกรรมการดำเนินการสืบราคายาร่วมจังหวัดสระแก้ว

๑. ข้าพเจ้า (ห้าง/ ร้าน/ บริษัท/ หจก.)..... เลขทะเบียนการค้าที่ ..... เลขประจำตัวผู้เสียภาษี..... ตั้งอยู่เลขที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....โทรสาร ..... ได้รับทราบเงื่อนไขและวิธีการปฏิบัติในการเสนอราคาครั้งนี้ โดยยอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขดังกล่าว

๒. ข้าพเจ้าขอเสนอราคาเวชภัณฑ์ดังนี้

ที่	ชื่อสามัญ	ชื่อการค้า	ขนาดบรรจุ	ราคาต่อหน่วยบรรจุ (รวม vat.)	หมายเหตุ

หมายเหตุ ราคาที่เสนอนี้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มรวมทั้งภาษีอากรอื่น และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว

๓. ในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับการพิจารณาคัดเลือก ข้าพเจ้าขอรับรองจะปฏิบัติตามเงื่อนไขดังนี้

๓.๑ คำเสนอราคานี้จะยืนอยู่เป็นระยะเวลา ๑ ปี นับแต่วันที่ได้ยื่นใบเสนอราคา

๓.๒ โรงพยาบาลสงวนสิทธิในจำนวนการจัดซื้อซึ่งอาจมากหรือน้อยกว่าจำนวนที่ประมาณการไว้

๓.๓ โรงพยาบาลจะดำเนินการจัดซื้อตามอัตราการใช้จริง เป็นงวดไปยาที่จะจัดส่งให้โรงพยาบาล จะต้องมีอายุนับจากวันผลิตไม่เกิน ๑๒ เดือน ยกเว้นยาที่มีอายุสั้น (น้อยกว่า ๑๘ เดือน) จะต้องมีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๙ เดือน โดยมีเงื่อนไขรับแลกเปลี่ยน ๑๐๐% เมื่อยาหมดอายุ

๓.๔ จัดทำข้อตกลงหรือสัญญาจะซื้อจะขายตามแบบที่คณะกรรมการด้านยากำหนดกับโรงพยาบาลภายในจังหวัดสระแก้วภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่ได้รับหนังสือให้ไปทำสัญญา

๔. หากบริษัทใดไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขข้างต้น หรือเกิดปัญหาด้านคุณภาพในภายหลัง โรงพยาบาลสงวนสิทธิในการยกเลิกการซื้อจากผู้จำหน่ายที่ได้รับเลือก

๕. ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบเอกสาร หลักฐานต่างๆที่ได้ยื่นพร้อมใบเสนอราคานี้โดย ละเอียดแล้ว และเข้าใจดีว่าคณะกรรมการดำเนินการสืบราคายาร่วมจังหวัดสระแก้ว ไม่ต้อง รับผิดชอบใด ๆ ในข้อผิดพลาดหรือตกหล่น

๖. ใบเสนอราคานี้ได้ยื่นโดยบริสุทธิ์ ยุติธรรม และปราศจากกลฉ้อฉล หรือการสมรู้ร่วมคิดโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย กับบุคคล หรือกับผู้จำหน่ายอื่น ๆ ที่ได้ยื่นเสนอราคาในคราวเดียวกัน เสนอมา ณ วันที่ .....

(ลงชื่อ)..... ผู้เสนอราคา

(.....)

ตำแหน่ง .....

ประทับตรา

* <u>หมายเหตุ</u> ผู้เสนอราคาต้องเป็นเจ้าของหรือผู้จัดการหรือหุ้นส่วนผู้จัดการหรือผู้รับมอบอำนาจ