โครงการไม่เกิน 5,000 บาท

โรงพยาบาลห้างฉัตร ปีงปม. 2563

[ ] ใบสำคัญจ่าย Payment Voucher
[ ] ใบสำคัญรับ Receipt Voucher
[ ] เอกสารโอนบัญชี Journal Voucher

สมุดรายวัน (Journal) : สมุดรายวันทั่วไป
เลขที่เอกสาร (Document No) : ท630410017 วันที่เอกสาร (Date) : 10/04/2563
เลขที่เอกสารอ้างอิง(Refe No) : วันที่เอกสารอ้างอิง (Refe Date) :
รายละเอียด (Description) : บันทึกรายการซื้อวัสดุทันตกรรม บจก.ดี เค เอส เอช (ประเทศไทย) บิล 5331474442

เลขที่บัญชี	แผนก	ชื่อบัญชี (Account Name)	เดบิต	เครดิต	โครงการ	สาขา
1105010103.107	-	วัสดุทันตกรรม	4,758.29		-	-
2101020199.144	-	เจ้าหนี้-วัสดุทันตกรรม		4,758.29	159.1016	-
รวมทั้งสิ้น (Total)		2 รายการ (Items)	4,758.29	4,758.29		

ผู้เตรียม (Prepared by)	ผู้ตรวจ (Checked by)	ผู้อนุมัติ (Approved by)	ผู้ลงบัญชี (Posted by)	ผู้รับเงิน / ผู้จ่ายเงิน

(นางศรีไพร สิริเขมาภรณ์)
นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

แบบฟอร์มเช็คลิสท์ กรณีจัดซื้อไม่ผ่านในระบบ e-GP (จัดซื้อวงเงินต่ำกว่า 5,000.- บาท)

สีฟ้า

แบบ ตส.สสจ.500

1 ฉบับ:1 ชุดเอกสาร

ปีงบประมาณ 2557

แก้ไขเพิ่มเติมแบบ ตส.สสจ. 500

หน่วยงาน โรงพยาบาลน้ำพอง

(กลุ่มงานใน สสจ./รพช./สสอ./รพสต.)

แบบตรวจสอบความครบถ้วน/ถูกต้อง การเบิกจ่ายเงิน หมวดค่าวัสดุ ประเภท ค่าวัสดุต่าง ๆ

เอกสารส่งเบิกเลขที่ สป 0032.301/ 508 ลงวันที่ 1 ธค. 63 จำนวนเงิน 4758.29 บาท

ลำดับ	ระบวนการปฏิบัติงาน		ขั้นตอน	ความครบถ้วน	ความถูกต้อง
1	การจัดซื้อ	1	บันทึกรายงานขอซื้อ	✓	✓
		2	บันทึกขออนุมัติจัดซื้อ	✓	✓
		3	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ	✓	
		4	ใบแจ้งหนี้หรือใบส่งของ	✓	✓
		5	รายงานผลการตรวจรับพัสดุของคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ		
		6	ความสัมพันธ์ของวันที่ในบันทึกขออนุมัติจัดซื้อ /ใบสั่งซื้อ/ใบแจ้งหนี้,ใบส่งของ /รายงานผลการปฏิบัติงานตรวจรับพัสดุ / ใบเสร็จรับเงิน /บันทึกขออนุมัติเบิกจ่าย/ผู้อนุมัติจ่าย	✓	✓
		7	สำเนาโครงการ (กรณีจัดจ้างตามโครงการ)		
		8	สำเนาจัดสรรงบประมาณ		
2	การเบิกจ่ายเงิน	1	ผู้มีอำนาจอนุมัติหลักฐานการจ่าย	✓	✓
		2	การหักภาษี ณ ที่จ่าย	✓	✓
3	การจ่ายเงิน	1	การเขียนเช็คสั่งจ่าย	✓	✓
		2	ใบเสร็จรับเงินได้ประทับตราลงนามรับรองการจ่ายเงินแล้วและลงวันที่การจ่าย	✓	✓

(ลงชื่อ) _____ ผู้เบิก/ผู้ดำเนินการ

(ลงชื่อ) นรา... เจ้าหน้าที่การเงินของหน่วยงาน

หมายเหตุ 1 ผู้ใช้สิทธิหรือผู้ดำเนินการ ให้ทำเครื่องหมายเฉพาะส่วนที่ 1 ช่องความครบถ้วนเท่านั้น

2 เจ้าหน้าที่การเงินฯ ให้ทำเครื่องหมายช่องความครบถ้วนและถูกต้องส่วนที่ 1, 2 และ 3 ที่เหลือทั้งหมด

บันทึกข้อความ

ราชการ โรงพยาบาลห้างฉัตร กลุ่มงานบริหารทั่วไป งานพัสดุ โทร. ๐๕๔-๒๖๙๕๐๖ ต่อ ๑๖๘

ลป ๐๐๓๒.๓๐๑/ ๕๐๘ **วันที่** ๑ เมษายน ๒๕๖๓

รายงานขอซื้อขอจ้าง

ผู้ว่าราชการจังหวัดลำปาง

ด้วย กลุ่มงานบริหารทั่วไป มีความประสงค์ที่จะซื้อวัสดุ ทันตกรรม ธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เพื่อใช้สำหรับบริการผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมฯ

๒. รายละเอียดของพัสดุ

รายละเอียดตามเอกสารแนบ

๓. ราคากลางและรายละเอียดของราคากลาง

๔. วงเงินที่จะซื้อ เงินนอกงบประมาณ(เงินบำรุง)

จำนวน ๔,๗๕๘.๒๙ บาท (สี่พันเจ็ดร้อยห้าสิบแปดบาทยี่สิบเก้าสตางค์)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันลงนามสัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการซื้อ เนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อ/จัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง ตามมาตรา ๕๖ (๒) (ข)

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

ขอแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจรับพัสดุตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ ข้อ ๒๕ ตามคำสั่งเลขที่ ๕๐๘/๒๕๖๓ ดังต่อไปนี้

นายรณชัช รสหอม	ตำแหน่ง	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ประธานกรรมการฯ
นางสาวพิมพ์ปรางค์ ญาณะ	ตำแหน่ง	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
นางสาวจิราพร กันตา	ตำแหน่ง	จพ.ทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	กรรมการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด

๑. อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงานขอซื้อขอจ้างดังกล่าวข้างต้น

๒. ลงนามในคำสั่งแต่งตั้งผู้ตรวจรับพัสดุ

.....

(นางสาวรัฐนันท์ วงศ์สรไชย)

เจ้าหน้าที่

ผู้ว่าราชการจังหวัดลำปาง	ความเห็นของผู้มีอำนาจ
เห็นควรอนุมัติตามที่เสนอ	☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ
.....	.....
(นางเทียนจรัส จันทร์มะโน)	(นายนพรัตน์ วัชรขจรกุล)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร
ผู้ได้รับมอบอำนาจตามคำสั่ง รพ.ห้างฉัตร	ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดลำปาง
ที่ ๖๑๕๕/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๒๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๒	ผู้ได้รับมอบอำนาจตามคำสั่งจังหวัดลำปาง
	ที่ ๕๙๕๑/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

[illegible]

[illegible]

[illegible]

บริษัท ดีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด

ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ

2106 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนงใต้ เขตพระโขนง กรุงเทพฯ 10260
โทร. 0-2220-9000 โทรสาร 0-2333-1064
ศูนย์บริการกรุงเทพฯ โทร 1364
โทรฟรีสำหรับต่างจังหวัด 1-800-222-666
หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0 1055 23002 11 8 สาขาที่ 00016

Original Tax Invoice / Copy Invoice / Copy Delivery Order
ต้นฉบับใบกำกับภาษี / สำเนาใบแจ้งหนี้ / สำเนาใบส่งสินค้า
เอกสารออกเป็นชุด

DKSH

ขายให้ / Bill To	สถานที่ส่งสินค้า / Ship To	แผนก / Department
[illegible]	[illegible]	[illegible]
122/2E ม.9	122/2E ม.9	เลขที่ / Bill No. [illegible]
ต.[illegible] อ.[illegible]	ต.[illegible] อ.[illegible]	Ref. Order No. [illegible]
จ.[illegible] ม.[illegible] 52190	จ.[illegible] ม.[illegible] 52190	หน้า / Page 1 1
0-5426-9231 ต 116, 0-5426-9506 ต 116	0-5426-9231 ต 116, 0-5426-9506 ต 116	
	เลขที่ใบสั่งซื้อ :	

วันที่ Date	รหัสลูกค้า Customer Code	การจ่ายเงิน PM Term	พนักงานขาย Salesforce	พนักงานเก็บเงิน Collector	สายส่ง Delivery Route	Inv. Batch	Run #	Warehouse	DD Ref.
	[illegible]		184	111	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]

จำนวน Quantity	หน่วย UOM	รหัสสินค้า Material No.	รายการสินค้า Description	เลขที่ผลิต Batch No.	ราคาต่อหน่วย Unit Price	จำนวนเงิน (บาท) Total Amount (Baht)
[illegible]	ชิ้น	[illegible]	701WA2B Z350 XT SYR APAC	[illegible]	[illegible]	[illegible]
		[illegible]	1/0 Exp. 22/11/2022	[illegible]	1010	
[illegible]	ชิ้น	[illegible]	56633 KETAC MOLAR EASYMIX A.T.TRIM	[illegible]	[illegible]	[illegible]
		[illegible]	1/0 Exp. 01/04/2021	[illegible]	[illegible]	
[illegible]	กล่องเล็ก	[illegible]	15110 URISTESIN FORTE [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
		[illegible]	4/0 Exp. 31/[illegible]/2021	[illegible]	1010	
			รวม			[illegible]
	508					

" ผลิตภัณฑ์ที่ขายตามใบกำกับภาษีนี้จะต้องถูกขนส่ง เก็บรักษา และใช้ ตามวิธีการ คำเตือน และคำแนะนำที่เกี่ยวกับการขนส่ง การเก็บรักษา และการใช้ ที่แสดงไว้อย่างชัดเจนบนผลิตภัณฑ์ และ/หรือบนสารกำกับผลิตภัณฑ์ และ/หรือบรรจุภัณฑ์โดยเคร่งครัด โปรดแจ้งให้ลูกค้าของท่านและผู้บริโภคทราบถึง ข้อกำหนดดังกล่าวด้วย การเรียกร้องความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการขนส่ง การเก็บรักษา หรือการใช้ที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ถูกวิธี จะไม่ได้รับการพิจารณา "

ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อบริษัทได้รับเงินโอนเข้าบัญชีแล้วเท่านั้น
กรณีชำระด้วยเช็คโปรดสั่งจ่ายเป็นเช็คขีดคร่อมเฉพาะ A/C PAYEE ONLY เพื่อบัญชีของ บริษัท ดีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด
กรณีชำระด้วยเช็คใบเสร็จรับเงินจะไม่มีผลจนกว่าบริษัทฯ จะได้รับเงินตามเช็คครบถ้วนแล้ว
กรณีผิดนัดชำระ บริษัทฯจะคิดดอกเบี้ยปรับร้อยละ 2 ต่อเดือน นับจากวันครบกำหนดจนกว่าจะชำระครบถ้วน

ราคาสินค้าไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม Total Baht Excl. VAT	[illegible]
จำนวนเงินภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% Value Added Tax	[illegible]
จำนวนเงินทั้งสิ้นรวมภาษีมูลค่าเพิ่ม Total Baht Incl. VAT	[illegible]

ผู้รับสินค้า / วันที่	ผู้รับเงิน / วันที่	ผู้ส่งสินค้า / วันที่	ผิด ตก ยกเว้น / E.&O.E. บริษัท ดีเคเอสเอช.(ประเทศไทย) จำกัด
ศุภาภร ก่อนา 10 เม.ย.63 ได้รับสินค้าตามรายการข้างบนนี้ในสภาพเรียบร้อยถูกต้องแล้ว			(นางสาวสมใจ สังสะอาด - ผู้รับมอบอำนาจ) (นางสาวจิราภรณ์ วรรณมานะ - ผู้รับมอบอำนาจ)

[illegible]

No. : 2470067

ชำระโดย โอนเพื่อเข้าบัญชี บริษัท ดีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105523002118

- ☐ บมจ. ธนาคารกรุงเทพ สาขาบางจาก (Br.no. 179) Service Code : DKSHHEC
- ☐ บมจ. ธนาคารกสิกรไทย เลขที่บัญชี 035-1-07544-9 สาขาผู้รับฝาก.....
- ☐ บมจ. ธนาคารไทยพาณิชย์ Company Code 3060 (Bill Payment)
- ☐ บมจ. ธนาคารกรุงไทย Company Code 3060
- ☐ บจก. ไปรษณีย์ไทย (เฉพาะเงินสด) รหัสบริการ 311 ☐ เงินสด

☐ ด้วยเช็คหมายเลข	ชื่อธนาคาร-สาขา	จำนวนเงิน
วันที่	ตัวอักษร	

โปรดอ่านคำแนะนำในการชำระเงินด้านหลัง สำหรับธนาคาร/ที่ทำการไปรษณีย์/พนักงานเก็บเงิน

ชื่อลูกค้า [illegible]
รหัสลูกค้า (Ref.1/cust.no.) [illegible] พนักงานเก็บเงิน
บิลเลขที่ (Ref.2) [illegible] ลงวันที่ [illegible]
จำนวนเงิน (บาท) [illegible] [illegible]

☐ ที่ (7 - ELEVEN) เลือก ONLINE
ห้ามสแกนบาร์โค้ด
รับชำระเต็มจำนวน / คีย์ตัวเลขใต้บาร์โค้ด

[illegible]

ข้อควรทราบเกี่ยวกับการออกใบกำกับภาษี

- หากลูกค้าเป็นผู้ประกอบการจดทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม กรุณาแจ้งเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร สำนักงานใหญ่ หรือสถานที่ของท่านที่ โทร.1364 หากไม่แจ้งบริษัทฯ จะบันทึกว่าท่านไม่เป็นผู้ประกอบการจดทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม
- กรุณาแจ้งให้แก้ไขใบกำกับภาษีทันที เมื่อท่านพบความไม่ถูกต้องบนใบกำกับภาษีของท่าน

วิธีการโอนเงินชำระค่าสินค้า

* ชำระเงินได้ ณ จุดบริการของตัวแทน/ธนาคาร โดยการชำระเงินค่าสินค้าทุกวิธี ท่านมิต้องเสียค่าธรรมเนียม หรือค่าบริการใด ๆ ทั้งสิ้น

1.ชำระผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส
ชำระ ณ ร้าน 7-ELEVEn ทุกสาขาทั่วประเทศ ด้วยเงินสดเท่านั้น เต็มจำนวนหน้าบิล
โดยใช้ใบแจ้งยอดครบกำหนดชำระ (ส่งทางไปรษณีย์) หรือ สำเนาใบส่งสินค้า (สีเขียว หรือ สีม่วง) ที่ส่งไปพร้อมกับสินค้า

2. ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร
ธนาคารกรุงเทพ, ธนาคารกสิกรไทย, ธนาคารกรุงไทย และ ธนาคารไทยพาณิชย์ ทุกสาขาทั่วประเทศ ชำระด้วยเงินสด, เช็คธนาคาร หรือเช็คขีดคร่อม (A/C Payee Only) สั่งจ่ายในนามบริษัท ดีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด โดยเป็นเช็คครบกำหนดชำระ (ไม่รับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า) อนึ่ง การชำระที่สาขาในกรุงเทพฯ ไม่รับเช็คต่างจังหวัด และการชำระที่ต่างจังหวัดต้องใช้เช็กที่อยู่ในเขตจังหวัดเดียวกันกับสาขาที่รับชำระ โดยใช้ใบแจ้งยอดครบกำหนดชำระ (ส่งทางไปรษณีย์) หรือ สำเนาใบส่งสินค้า (สีเขียว หรือ สีม่วง) ที่ส่งไปพร้อมกับสินค้า

3. ชำระผ่านเครื่องฝาก-ถอนเงินอัตโนมัติ (ATM)
สำหรับผู้ถือบัตร ATM ธนาคารกรุงเทพ, ธนาคารกสิกรไทย, ธนาคารกรุงไทย และ ธนาคารไทยพาณิชย์ ชำระได้ที่เครื่อง ATM ตามบัตร ATM ของแต่ละธนาคารนั้น ๆ ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน
โดยปฏิบัติตามคำแนะนำบนหน้าจอเครื่อง ATM ของแต่ละธนาคาร

4. ชำระผ่าน Pay at post
ชำระ ณ ที่ทำการไปรษณีย์ ทุกแห่งทั่วประเทศ ด้วยเงินสดเท่านั้น เต็มจำนวนหน้าบิล
โดยใช้ใบแจ้งยอดครบกำหนดชำระ (ส่งทางไปรษณีย์) หรือ สำเนาใบส่งสินค้า (สีเขียว หรือ สีม่วง) ที่ส่งไปพร้อมกับสินค้า

5. ชำระผ่านระบบโทรศัพท์ *

สำหรับผู้ถือบัตร ATM	ธนาคารกรุงเทพ	โทร. 0-2645-5555 หรือ 1333
	ธนาคารกสิกรไทย	โทร. 0-2888-8888
	ธนาคารกรุงไทย	โทร. 1551
	ธนาคารไทยพาณิชย์	โทร. 0-2777-7777

6. ชำระผ่านระบบอินเตอร์เน็ต *

สำหรับสมาชิก Internet Banking	ธนาคารกรุงเทพ	www.bangkokbank.com
	ธนาคารกสิกรไทย	www.kasikornbank.com
	ธนาคารกรุงไทย	www.ktb.co.th
	ธนาคารไทยพาณิชย์	www.scbeasy.com

* โดยปฏิบัติตามข้อแนะนำของแต่ละธนาคาร

ทุกวิธีการชำระเงิน กรุณาใส่เลขที่อ้างอิง Ref.1 คือ รหัสลูกค้า (9 หลัก) และ Ref.2 คือ เลขที่บิล (10 หลัก)

หมายเหตุ :-
1. กรณีชำระด้วยเช็ค ใบเสร็จรับเงินจะไม่มีผลจนกว่าบริษัทฯ จะได้รับเงินตามเช็คครบถ้วนแล้ว
2. กรณีผิดนัดชำระ บริษัทฯ จะคิดดอกเบี้ยปรับร้อยละ 2 ต่อเดือน นับจากวันครบกำหนดชำระจนกว่าจะชำระครบถ้วน
3. กรณีที่มีเงินส่วนลดการค้า เนื่องจากชำระเงินเต็มจำนวนภายในกำหนดเวลา (เฉพาะสินค้าที่มีส่วนลด) บริษัทฯ จะคืนเงินส่วนลดให้โดยแสดงรายการจำนวนเงินส่วนลดในใบแจ้งยอดครบกำหนดชำระ (ส่งผ่านทางไปรษณีย์-เฉพาะกลุ่มลูกค้าเงินโอน) โดยต้องชำระเงินผ่านตามช่องทางดังกล่าวข้างต้น
4. บริษัทฯ จะจัดส่งใบเสร็จรับเงินค่าสินค้าให้กับท่านผ่านทางไปรษณีย์หลังจากวันชำระเงินแล้วภายใน 7 วัน

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ฝ่ายบริหารบัญชีลูกค้า :- กรุงเทพฯ โทร. 1364 กด 6 หรือ โทร. 0-2220-9999 กด 6
ต่างจังหวัด (ฟรี) 1-800-222-666 กด 6 โทรสาร (ฟรี) 1-800-222-667

ตรวจสอบและติดตามสถานะสินค้าได้ที่ http://smart.dksh.co.th

ชำระผ่านเครื่องฝาก-ถอนเงินอัตโนมัติ (ATM)

1.สอดบัตร ใส่รหัส ATM
2.เลือก "อื่นๆ / Other"
3.เลือก "ชำระค่าสินค้า/บริการ"
4.ใส่รหัส หรือเลือกชื่อของบริษัท ดีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด ดังนี้

ธนาคารกรุงเทพ	เลือก	ดีเคเอสเอช ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ
ธนาคารกสิกรไทย	ใส่	รหัสบริษัท 33003
ธนาคารไทยพาณิชย์	ใส่	รหัสบริษัท 3060
ธนาคารกรุงไทย	เลือก	DKSH ฝ่ายเภสัช

5.ใส่เลขที่อ้างอิง 1 คือ รหัสลูกค้า (9 หลัก)
6.ใส่เลขที่อ้างอิง 2 คือ เลขที่บิล (10 หลัก)
7.ใส่จำนวนเงิน พร้อมทศนิยม 2 หลัก
8.ยืนยันการทำรายการ
9.รอใบบันทึกรายการ

ชำระผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส

ณ ร้าน 7-ELEVEn ทุกสาขาทั่วประเทศ ชำระด้วยเงินสดเท่านั้น เต็มจำนวนตามหน้าบิล
โดยใช้ใบแจ้งยอดครบกำหนดชำระ (ส่งทางไปรษณีย์) หรือ สำเนาใบส่งสินค้า (สีเขียว หรือ สีม่วง) ที่ส่งไปพร้อมกับสินค้า
*กรณีใช้สำเนาใบส่งสินค้า (สีเขียว หรือ สีม่วง) สำหรับเจ้าหน้าที่ 7-ELEVEn ห้ามสแกนบาร์โค้ด ต้องคีย์ข้อมูลโดยเลือก Counter Online

ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

ธนาคารกรุงเทพ, ธนาคารกสิกรไทย, ธนาคารกรุงไทย, และ ธนาคารไทยพาณิชย์ ทุกสาขาทั่วประเทศ ชำระด้วยเงินสด, เช็คธนาคาร หรือเช็คขีดคร่อม (A/C Payee Only) สั่งจ่ายในนามบริษัท ดีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด โดยเป็นเช็คครบกำหนดชำระ (ไม่รับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า) อนึ่ง การชำระที่สาขาในกรุงเทพฯ ไม่รับเช็คต่างจังหวัด และการชำระที่ต่างจังหวัดต้องใช้เช็คที่อยู่ในเขตจังหวัดเดียวกันกับสาขาที่รับชำระ โดยใช้ใบแจ้งยอดครบกำหนดชำระ (ส่งทางไปรษณีย์) หรือ สำเนาใบส่งสินค้า (สีเขียว หรือ สีม่วง) ที่ส่งไปพร้อมสินค้า

ชำระผ่าน Pay at post

ณ ที่ทำการไปรษณีย์ ทุกแห่งทั่วประเทศ ชำระด้วยเงินสดเท่านั้น เต็มจำนวนตามหน้าบิล
โดยใช้ใบแจ้งยอดครบกำหนดชำระ (ส่งทางไปรษณีย์) หรือสำเนาใบส่งสินค้า (สีเขียว หรือ สีม่วง) ที่ส่งไปพร้อมกับสินค้า

บริษัท ดีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด

ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ

2106 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนงใต้ เขตพระโขนง กรุงเทพฯ 10260
โทร. 0-2220-9000 โทรสาร 0-2333-1064
ศูนย์บริการกรุงเทพฯ โทร 1364
โทรฟรีสำหรับต่างจังหวัด 1-800-222-666
หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0 1055 23002 11 8 สาขาที่ 00016

DKSH

Original Invoice / Copy Tax Invoice
ต้นฉบับใบแจ้งหนี้ / สำเนาใบกำกับภาษี
เอกสารออกเป็นชุด

ขายให้ / Bill To	สถานที่ส่งสินค้า / Ship To	แผนก / Department
รพ. ห้างฉัตร 122/28 ม.8 ต.จามเทวี อ.ห้างฉัตร อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190 0-5426-9231 # 116, 0-5426-9506 # 116	รพ. ห้างฉัตร 122/28 ม.8 ต.จามเทวี อ.ห้างฉัตร อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190 0-5426-9231 # 116, 0-5426-9506 # 116 เลขที่ใบสั่งซื้อ :	183 3M ESPE - DIRECT เลขที่ / Bill No. 5311424442 Ref. Order No. 5701126477 หน้า / Page 1 / 1

วันที่ Date	รหัสลูกค้า Customer Code	การจ่ายเงิน PM Term	พนักงานขาย Salesforce	พนักงานเก็บเงิน Collector	สายส่ง Delivery Route	Inv. Batch	Run #	Warehouse	DD Ref.
	170034250		TEK	TZI	3A-ลำปาง	01960263		T500	5245507P46

จำนวน Quantity	หน่วย UOM	รหัสสินค้า Material No.	รายการสินค้า Description	เลขที่ผลิต Batch No.	ราคาต่อหน่วย Unit Price	จำนวนเงิน (บาท) Total Amount (Baht)
1.00	ชิ้น	100373723	7010A2B 2550 XT SYR A/AC	@ 799.29	747.00	747.00
		70201059899	1/0 Exp. 22/11/2022	NC02882	1010	
1.00	ชิ้น	100743641	56633 KETAC MOLAR EASYMIX A.A.7NEW	@ 1,699.16	1,588.00	1,588.00
		70201145149	1/0 Exp. 01/04/2021	6805930	1010	
4.00	กรอลม้วน	100162329	15110 UNISTESIN FORTE(1*100000)	@ 564.96	528.00	2,112.00
		70201105379	4/0 Exp. 31/10/2021	6551390	1010	
						4,447.00

SYSTEM CERTIFICATION ISO 9001 SGS UKAS QUALITY MANAGEMENT 0005 SYSTEM CERTIFICATION GMP SGS Certificate No. TH09/3110,TH09/3111

" ผลิตภัณฑ์ที่ขายตามใบกำกับสินค้านี้จะต้องถูกขนส่ง เก็บรักษาและใช้ ตามวิธีการ คำเตือนและคำแนะนำเกี่ยวกับการขนส่ง การเก็บรักษาและการใช้ ที่แสดงไว้อย่างชัดเจนบนผลิตภัณฑ์ และ/หรือเอกสารกำกับผลิตภัณฑ์และ/หรือบรรจุภัณฑ์โดยเคร่งครัด โปรดแจ้งให้ลูกค้าของท่านและผู้บริโภคทราบถึง ข้อกำหนดดังกล่าวด้วย การเรียกร้องความรับผิดต่อความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการขนส่งการเก็บรักษาหรือการใช้ที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ถูกวิธี จะไม่ได้รับการพิจารณา "

ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อบริษัทได้รับเงินโอนเข้าบัญชีแล้วเท่านั้น
กรณีชำระด้วยเช็คโปรดสั่งจ่ายเป็นเช็คขีดคร่อมเฉพาะ A/C PAYEE ONLY เพื่อบัญชีของ บริษัท ดีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด
กรณีชำระด้วยเช็คใบเสร็จรับเงินจะไม่มีผลจนกว่าบริษัทฯ จะได้รับเงินตามเช็คครบถ้วนแล้ว
กรณีผิดนัดชำระ บริษัทฯจะคิดดอกเบี้ยปรับร้อยละ 2 ต่อเดือน นับจากวันครบกำหนดจนกว่าจะชำระครบถ้วน

ราคาสินค้าไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม Total Baht Excl. VAT		4,447.00
จำนวนเงินภาษีมูลค่าเพิ่ม Value Added Tax	7%	311.29
จำนวนเงินทั้งสิ้นรวมภาษีมูลค่าเพิ่ม Total Baht Incl. VAT		4,758.29

สี่พันเจ็ดร้อยห้าสิบแปดบาทยี่สิบเก้าสตางค์

ผู้รับสินค้า / วันที่	ผู้รับเงิน / วันที่	ผู้ส่งสินค้า / วันที่	ผิด ตก ยกเว้น / E.&O.E.	บริษัท ดีเคเอสเอช.(ประเทศไทย) จำกัด
10 เม.ย. 63 ได้รับสินค้าตามรายการข้างบนนี้ในสภาพเรียบร้อยถูกต้องแล้ว			(นางสาวสมใจ สังสะอาด - ผู้รับมอบอำนาจ)	(นางสาวจิราภรณ์ วรรณนานะ - ผู้รับมอบอำนาจ)

THSB-DL-T21-2050--02

No. : 2470067

ชำระโดย โอนเพื่อเข้าบัญชี บริษัท ดีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105523002118

- ☐ บมจ. ธนาคารกรุงเทพ สาขาบางจาก (Br.no. 179) Service Code : DKSHHEC
- ☐ บมจ. ธนาคารกสิกรไทย เลขที่บัญชี 035-1-07544-9 สาขาผู้รับฝาก.....
- ☐ บมจ. ธนาคารไทยพาณิชย์ Company Code 3060 (Bill Payment)
- ☐ บมจ. ธนาคารกรุงไทย Company Code 3060
- ☐ บจก. ไปรษณีย์ไทย (เฉพาะเงินสด) รหัสบริการ 311 ☐ เงินสด

☐ ด้วยเช็คหมายเลข	ชื่อธนาคาร-สาขา	จำนวนเงิน
วันที่	ตัวอักษร	

โปรดอ่านคำแนะนำในการชำระเงินด้านหลัง สำหรับธนาคาร/ที่ทำการไปรษณีย์/พนักงานเก็บเงิน

ชื่อลูกค้า รพ. ห้างฉัตร
รหัสลูกค้า (Ref.1/cust.no.) 170034250 พนักงานเก็บเงิน TZI
บิลเลขที่ (Ref.2) 5311424442 ลงวันที่ 31/03/2020
จำนวนเงิน (บาท) 4,758.29 52190

☐ เทสโก โลตัส ที่ 7 (7 - ELEVEN) เลือก ONLINE
ห้ามสแกนบาร์โค้ด
รับชำระเต็มจำนวน / คีย์ตัวเลขใต้บาร์โค้ด

ข้อควรทราบเกี่ยวกับการออกใบกำกับภาษี

- หากลูกค้าเป็นผู้ประกอบการจดทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม กรุณาแจ้งเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร สำนักงานใหญ่ หรือสถานที่ของท่านที่ โทร.1364 หากไม่แจ้งบริษัทฯ จะบันทึกว่าท่านไม่เป็นผู้ประกอบการจดทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม
- กรุณาแจ้งให้แก้ไขใบกำกับภาษีทันที เมื่อท่านพบความไม่ถูกต้องบนใบกำกับภาษีของท่าน

วิธีการโอนเงินชำระค่าสินค้า

* ชำระเงินได้ ณ จุดบริการของตัวแทน/ธนาคาร โดยการชำระเงินค่าสินค้าทุกวิธี ท่านมิต้องเสียค่าธรรมเนียม หรือค่าบริการใด ๆ ทั้งสิ้น

1.ชำระผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส
ชำระ ณ ร้าน 7-ELEVEn ทุกสาขาทั่วประเทศ ด้วยเงินสดเท่านั้น เต็มจำนวนหน้าบิล
โดยใช้ใบแจ้งยอดครบกำหนดชำระ (ส่งทางไปรษณีย์) หรือ สำเนาใบส่งสินค้า (สีเขียว หรือ สีม่วง) ที่ส่งไปพร้อมกับสินค้า

2. ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร
ธนาคารกรุงเทพ, ธนาคารกสิกรไทย, ธนาคารกรุงไทย และ ธนาคารไทยพาณิชย์ ทุกสาขาทั่วประเทศ ชำระด้วยเงินสด, เช็คธนาคาร หรือเช็คขีดคร่อม (A/C Payee Only) สั่งจ่ายในนามบริษัท ดีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด โดยเป็นเช็คครบกำหนดชำระ (ไม่รับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า) อนึ่ง การชำระที่สาขาในกรุงเทพฯ ไม่รับเช็คต่างจังหวัด และการชำระที่ต่างจังหวัดต้องใช้เช็คที่อยู่ในเขตจังหวัดเดียวกันกับสาขาที่รับชำระ โดยใช้ใบแจ้งยอดครบกำหนดชำระ (ส่งทางไปรษณีย์) หรือ สำเนาใบส่งสินค้า (สีเขียว หรือ สีม่วง) ที่ส่งไปพร้อมกับสินค้า

3. ชำระผ่านเครื่องฝาก-ถอนเงินอัตโนมัติ (ATM)
สำหรับผู้ถือบัตร ATM ธนาคารกรุงเทพ, ธนาคารกสิกรไทย, ธนาคารกรุงไทย และ ธนาคารไทยพาณิชย์ ชำระได้ที่เครื่อง ATM ตามบัตร ATM ของแต่ละธนาคารนั้น ๆ ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน
โดยปฏิบัติตามคำแนะนำบนหน้าจอเครื่อง ATM ของแต่ละธนาคาร

4. ชำระผ่าน Pay at post
ชำระ ณ ที่ทำการไปรษณีย์ ทุกแห่งทั่วประเทศ ด้วยเงินสดเท่านั้น เต็มจำนวนหน้าบิล
โดยใช้ใบแจ้งยอดครบกำหนดชำระ (ส่งทางไปรษณีย์) หรือ สำเนาใบส่งสินค้า (สีเขียว หรือ สีม่วง) ที่ส่งไปพร้อมกับสินค้า

5. ชำระผ่านระบบโทรศัพท์ *

สำหรับผู้ถือบัตร ATM	ธนาคารกรุงเทพ	โทร. 0-2645-5555 หรือ 1333
	ธนาคารกสิกรไทย	โทร. 0-2888-8888
	ธนาคารกรุงไทย	โทร. 1551
	ธนาคารไทยพาณิชย์	โทร. 0-2777-7777

6. ชำระผ่านระบบอินเตอร์เน็ต *

สำหรับสมาชิก Internet Banking	ธนาคารกรุงเทพ	www.bangkokbank.com
	ธนาคารกสิกรไทย	www.kasikornbank.com
	ธนาคารกรุงไทย	www.ktb.co.th
	ธนาคารไทยพาณิชย์	www.scbeasy.com

* โดยปฏิบัติตามข้อแนะนำของแต่ละธนาคาร

ทุกวิธีการชำระเงิน กรุณาใส่เลขที่อ้างอิง Ref.1 คือ รหัสลูกค้า (9 หลัก) และ Ref.2 คือ เลขที่บิล (10 หลัก)

หมายเหตุ :-
1. กรณีชำระด้วยเช็ค ใบเสร็จรับเงินจะไม่มีผลจนกว่าบริษัทฯ จะได้รับเงินตามเช็คครบถ้วนแล้ว
2. กรณีผิดนัดชำระ บริษัทฯ จะคิดดอกเบี้ยปรับร้อยละ 2 ต่อเดือน นับจากวันครบกำหนดชำระจนกว่าจะชำระครบถ้วน
3. กรณีที่มีเงินส่วนลดการค้า เนื่องจากชำระเงินเต็มจำนวนภายในกำหนดเวลา (เฉพาะสินค้าที่มีส่วนลด) บริษัทฯ จะคืนเงินส่วนลดให้โดยแสดงรายการจำนวนเงินส่วนลดในใบแจ้งยอดครบกำหนดชำระ (ส่งผ่านทางไปรษณีย์-เฉพาะกลุ่มลูกค้าเงินโอน) โดยต้องชำระเงินผ่านตามช่องทางดังกล่าวข้างต้น
4. บริษัทฯ จะจัดส่งใบเสร็จรับเงินค่าสินค้าให้กับท่านผ่านทางไปรษณีย์หลังจากวันชำระเงินแล้วภายใน 7 วัน

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ฝ่ายบริหารบัญชีลูกค้า :- กรุงเทพฯ โทร. 1364 กด 6 หรือ โทร. 0-2220-9999 กด 6
ต่างจังหวัด (ฟรี) 1-800-222-666 กด 6 โทรสาร (ฟรี) 1-800-222-667

ตรวจสอบและติดตามสถานะสินค้าได้ที่ http://smart.dksh.co.th

ชำระผ่านเครื่องฝาก-ถอนเงินอัตโนมัติ (ATM)

1.สอดบัตร ใส่รหัส ATM
2.เลือก "อื่นๆ / Other"
3.เลือก "ชำระค่าสินค้า/บริการ"
4.ใส่รหัส หรือเลือกชื่อของบริษัท ดีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด ดังนี้

ธนาคารกรุงเทพ	เลือก	ดีเคเอสเอช ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ
ธนาคารกสิกรไทย	ใส่	รหัสบริษัท 33003
ธนาคารไทยพาณิชย์	ใส่	รหัสบริษัท 3060
ธนาคารกรุงไทย	เลือก	DKSH ฝ่ายเภสัช

5.ใส่เลขที่อ้างอิง 1 คือ รหัสลูกค้า (9 หลัก)
6.ใส่เลขที่อ้างอิง 2 คือ เลขที่บิล (10 หลัก)
7.ใส่จำนวนเงิน พร้อมทศนิยม 2 หลัก
8.ยืนยันการทำรายการ
9.รอใบบันทึกรายการ

ชำระผ่านเคาน์เตอร์เซอร์วิส

ณ ร้าน 7-ELEVEn ทุกสาขาทั่วประเทศ ชำระด้วยเงินสดเท่านั้น เต็มจำนวนตามหน้าบิล
โดยใช้ใบแจ้งยอดครบกำหนดชำระ (ส่งทางไปรษณีย์) หรือ สำเนาใบส่งสินค้า (สีเขียว หรือ สีม่วง) ที่ส่งไปพร้อมกับสินค้า
*กรณีใช้สำเนาใบส่งสินค้า (สีเขียว หรือ สีม่วง) สำหรับเจ้าหน้าที่ 7-ELEVEn ห้ามสแกนบาร์โค้ด ต้องคีย์ข้อมูลโดยเลือก Counter Online

ชำระผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

ธนาคารกรุงเทพ, ธนาคารกสิกรไทย, ธนาคารกรุงไทย, และ ธนาคารไทยพาณิชย์ ทุกสาขาทั่วประเทศ ชำระด้วยเงินสด, เช็คธนาคาร หรือเช็คขีดคร่อม (A/C Payee Only) สั่งจ่ายในนามบริษัท ดีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด โดยเป็นเช็คครบกำหนดชำระ (ไม่รับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า) อนึ่ง การชำระที่สาขาในกรุงเทพฯ ไม่รับเช็คต่างจังหวัด และการชำระที่ต่างจังหวัดต้องใช้เช็คที่อยู่ในเขตจังหวัดเดียวกันกับสาขาที่รับชำระ โดยใช้ใบแจ้งยอดครบกำหนดชำระ (ส่งทางไปรษณีย์) หรือ สำเนาใบส่งสินค้า (สีเขียว หรือ สีม่วง) ที่ส่งไปพร้อมสินค้า

ชำระผ่าน Pay at post

ณ ที่ทำการไปรษณีย์ ทุกแห่งทั่วประเทศ ชำระด้วยเงินสดเท่านั้น เต็มจำนวนตามหน้าบิล
โดยใช้ใบแจ้งยอดครบกำหนดชำระ (ส่งทางไปรษณีย์) หรือสำเนาใบส่งสินค้า (สีเขียว หรือ สีม่วง) ที่ส่งไปพร้อมกับสินค้า

บริษัท ดีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด
ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ
2106 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนงใต้ เขตพระโขนง กรุงเทพฯ 10260
โทร. 0-2220-9000 โทรสาร 0-2333-1064
ศูนย์บริการกรุงเทพฯ โทร 1364
โทรฟรีสำหรับต่างจังหวัด 1 800 222 666
หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0 1055 23002 11 8 สาขาที่ 00016

Delivery Order

ต้นฉบับใบส่งสินค้า (ไม่ใช่ใบกำกับภาษี)
เอกสารออกเป็นชุด

DKSH

QT QC

ขายให้ / Bill To	สถานที่ส่งสินค้า / Ship To UMC	แผนก /Department
รพ. ห้างฉัตร 122/28 ม.8 ถ.จามเทวี ต.ห้างฉัตร อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190 0-5426-9231 # 116, 0-5426-9506 # 116	รพ. ห้างฉัตร 122/28 ม.8 ถ.จามเทวี ต.ห้างฉัตร อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง 52190 0-5426-9231 # 116, 0-5426-9506 # 116 เลขที่ใบสั่งซื้อ :	TB3 3M ESPE - DIRECT เลขที่ /Bill No. 5331474442 Ref. Order No. 5706126472 หน้า / Page 1 / 1

วันที่ Date	รหัสลูกค้า Customer Code	การจ่ายเงิน PM Term	พนักงานขาย Salesforce	พนักงานเก็บเงิน Collector	สายส่ง Delivery Route	Inv. Batch	Run #	Warehouse	DD Ref.
	170034298		TBK	T21	3A-ลำปาง	111860263		T500	5245507846

จำนวน Quantity	หน่วย UOM	รหัสสินค้า Material No.	รายการสินค้า Description	เลขที่ผลิต Batch No.	ราคาต่อหน่วย Unit Price	จำนวนเงิน (บาท) Total Amount (Baht)
1.00	ชิ้น	100373723 70201059899	7018A2B Z350 XT SYR APAC 1/0 Exp. 22/11/2022	@ 799.29 NC02882	747.00 1010	747.00
1.00	ชิ้น	100743843 70201143149	56633 KETAC MOLAR EASYMIX A.R.TNEW 1/0 Exp. 01/04/2021	@ 1,699.16 6305930	1,588.00 1010	1,588.00
4.00	กระป๋อง	100162329 70201105379	15110 UBISTESIN FORTE(1:100000) 4/0 Exp. 31/10/2021	@ 564.96 6551390	528.00 1010	2,112.00
						4,447.00

ราคาสินค้าไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม Total Baht Excl. VAT		4,447.00
จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม Value Added Tax	7%	311.29
สี่พันเจ็ดร้อยห้าสิบแปดบาทยี่สิบเก้าสตางค์	จำนวนเงินทั้งสิ้นรวมภาษีมูลค่าเพิ่ม Total Baht Incl. VAT	4,758.29

ผู้รับสินค้า / วันที่	ผู้ส่งสินค้า / วันที่	ผิด ตก ยกเว้น / E.&O.E	บริษัท ดีเคเอสเอช.(ประเทศไทย) จำกัด
ชิงชนง กิจเจ 10 เม.ย. 63. ได้รับสินค้าตามรายการข้างบนนี้ในสภาพเรียบร้อยถูกต้องแล้ว		(นางสาวสมใจ สังสะอาด - ผู้รับมอบอำนาจ)	(นางสาวจิราภรณ์ วรรณมานะ - ผู้รับมอบอำนาจ)

100162329

Certificate of Analysis

3M THAILAND LTD
KLONGTOEY-NUA, WATTANA,
159 ASOKE-MONTRI ROAD,
BANGKOK 10110
THAILAND

3M Deutschland GMBH
Carl-Schurz-Strasse 1
41453 Neuss
Deutschland

Date certificate is prepared: 28-JAN-2020

The 3M product listed below was produced in accordance with standard manufacturing processes for the product in effect at the time of manufacture and is certified to meet the specifications displayed below.

3M Delivery Number	Customer PO Number	Customer part No
3M Stock Number	**GTIN Number**	**3M's Legacy 11 -digit Stock Number**
7000009834	04035077013321	70201105379

Product Description :
3M™ Ubistesin™ Forte Solution For Injection, 15110

Additional Product Information :
Product Name: UBISTESIN FORTE
Strength/Potency: Articaine hydrochloride 40mg/ml,epinephrine 10µg/ml
Dosage Form: Solution for injection
Package size/type: Tin containing 50 cartridges 1.7 ml each

*Retention time concordant with reference substance
**Spectrum test solution consist w. IR spectrum standard solution
***Solution must be red coloured
****0.1%=RL,total deg.prod. no reporting ≤ RL
*****clear, not opalescent, colourless liquid

No. of GMP Certificate: DE_BY_04_GMP_2019_0066
No. of Manufacturing authorisation: DE_BY_04_MIA_2019_0058

I hereby certify that the above information is authentic and accurate. This batch of product has been manufactured, including packaging/labeling and quality control at the below mentioned site in full compliance with the GMP requirements of the local Regulatory Authority and with the specifications in the Marketing Authorisation of the importing country. The batch processing, packaging and analysis records were reviewed and found to be in compliance with GMP.

Manufacturing and quality control site:
3M Deutschland GmbH
ESPE Platz
82229 Seefeld
Germany

รับรองสำเนาถูกต้อง

ภญ.จิตรลดา วรรณเอารัมชัย

3M Delivery Number

3M Stock Number 7000009834 3M™ Ubistesin™ Forte Solution For Injection, 15110

Batch Identifier: 6551390 Date of Manufacture: 06-NOV-2019 Shelf Life/ Expiry Date: 31-OCT-2021

Final Manufacturing Location: 4106 3M DE Seefeld Mfg Addl Lot Code: 6551390

Test Property	Min. Spec	Max. Spec	Unit	Result/Average	Inspection Method
Cartridge No.				6442571	
Importing Country: TH					
No.of Mark. Authorization: 2C15/45(N)					
IdentityArticaine hydrochloride(HPLC)*				PASS	CTD 3.2.P.5.2
Identity Articaine hydrochloride (IR)**				PASS	CTD 3.2.P.5.2
Identity Epinephrine(HPLC)*				PASS	CTD 3.2.P.5.2
Identity Epinephrine(nit. reaction)***				PASS	CTD 3.2.P.5.2
Articaine hydrochloride	95,0	105,0	%	100,3	CTD 3.2.P.5.2
Epinephrine	99,0	109,0	%	104,0	CTD 3.2.P.5.2
Sodium sulphite	75,0	105,0	%	93,3	CTD 3.2.P.5.2
Epinephrine sulfonic acid		3,0	%	2,8	CTD 3.2.P.5.2
Any unspec.degr.pr.rel. to Epi.		1,0	%	< 0,1	CTD 3.2.P.5.2
Total degr.pr.rel.to Epi.****		3,0	%	2,8	CTD 3.2.P.5.2
Articainic acid		0,3	%	0,1	CTD 3.2.P.5.2
Any unspec.degr.pr.rel. to Articaine		0,2	%	< 0,1	CTD 3.2.P.5.2
Total degr.pr.rel.to Articaine****		1,0	%	< 0,1	CTD 3.2.P.5.2
Appearance*****				PASS	Ph.EUR.2.2.1/ 2.2.2
PH	3,6	4,4		3,9	Ph.EUR.2.2.3
Sterility (sterile)				PASS	Ph.EUR.2.6.1
Bacterial endotoxins <28 EU/ml				PASS	Ph.EUR.2.6.14
Subvisible particles >/=10 µm per cont.		6000		10	Ph.EUR.2.9.19
Subvisible particles >/=25 µm per cont.		600		0	Ph.EUR.2.9.19

รับรองสำเนาถูกต้อง

ภญ.จิตรลดา วรรณอารยันชัย

3M Delivery Number

3M Stock Number **7000009834** **3M™ Ubistesin™ Forte Solution For Injection, 15110**

This certificate is validated based on Electronic Signature entered by: Wolfgang Geis
Usage Decision Date/Time: 20-DEC-2019/07:07:13

Please contact your 3M Customer Service Representative if you have any questions.

This certificate is electronically generated and valid without a signature.

บันทึกข้อความ

b

ส่วนราชการ กลุ่มงาน/กลุ่มงานทันตกรรม.โรงพยาบาลห้างฉัตร อ.ห้างฉัตร จ.ลำปาง โทร 0-54269506 โทรสาร 054-269515

ที่ ลป ๐๐๒๒๒/ 302 / 35 วันที่ 1 เมษายน 2563

เรื่อง ขออนุมัติในหลักการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร

ด้วย กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลห้างฉัตร

มีความประสงค์ ขออนุมัติจัดซื้อวัสดุทันตกรรม

☑ ในแผน ☐ นอกแผน ☐ โครงการ ไตรมาสที่ 3 ประจำเดือน เมษายน 2563

1. เหตุผลและความจำเป็น ด้วย กลุ่มงานทันตกรรม มีความประสงค์ ขออนุมัติจัดซื้อวัสดุทันตกรรม เพื่อใช้สำหรับการบริการผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางทันตกรรมตามแผนจัดซื้อวัสดุทันตกรรมประจำเดือน เมษายน 2563

2. รายละเอียดของพัสดุ

ที่	ชื่อและรายละเอียดสิ่งที่จะซื้อ/จ้าง	จำนวน	หน่วย	หน่วยละ	เป็นเงิน	ผู้ขายที่แนะนำ+เบอร์โทร
1	วัสดุทันตกรรม จำนวน 15 รายการ				38,613.29	
2	ดังรายละเอียดแนบท้าย					
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
				รวม	38,613.29	

เอกสารรายละเอียดเพิ่มเติมที่แนบมา เช่น ใบเสนอราคา,spec	ซื้อครุภัณฑ์	คณะกรรมการตรวจรับ 3 คน
1 ใบเสนอราคา	คณะกรรมการกำหนด Spec	
2	1.....	1.นายรณชัช รสหอม
3	2.....	2.นางสาวพิมพ์ปรางค์ ญาณะ
4	3.....	3.นางสาวจิราพร กันตา

ผู้ขอซื้อ/จ้าง	ตรวจสอบโดย	อนุมัติ	ผู้รับเอกสาร
(จนท.พัสดุตามว.)	(หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ ตามว.)	(ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร)	(เจ้าหน้าที่พัสดุ)
(นางสาวรัฐนันท์ วงศ์สรไชย)	(นางเทียนจรัส จันทร์มะโน)	(นายนพรัตน์ วัชรขจรกุล)	(นางสาวนิบภา โอฬารจันทโรทัย)
ทันตแพทย์ชำนาญการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน
1 เม.ย. 2563	1 เม.ย. 2563	1 เม.ย. 2563	1 เม.ย. 2563

แผนการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม รพ.ห้างฉัตร

ไตรมาสที่ 3 ประจำเดือน มีนาคม 2563 ปีงบประมาณ 2563 เพื่อจัดซื้อในเดือน เมษายน 2563

ลำดับ	รายการวัสดุ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	ราคารวม
1	FILM BARRIER	5	ม้วน	600.00	3,000.00
2	FILM BARRIER (แถม)	1	ม้วน	0.00	-
3	ที่แพค CORD R-55	3	อัน	500.00	1,500.00
4	X-ray film holder (snap aray) Premium	3	อัน	650.00	1,950.00
5	Sanctuary Rubber Dam Sheet 6x6	1	กล่อง	450.00	450.00
6	M1005002 FX205 M4 AIR MOTOR	1	ตัว	10000.00	10,000.00
7	P1225 PAF-SU M4	1	ตัว	9000.00	9,000.00
8	Septoject XL 27G/21 MM #9947	4	กล่อง	175.00	700.00
9	Septoject XL 27G/30 MM #9946	4	กล่อง	175.00	700.00
10	ZINC PHOSPHATE CEMENT	1	ชุด	1270.00	1,270.00
11	Medicaine Inj. 2% 1:100,000	5	กล่อง	425.00	2,125.00
12	A2B Z350 XT SYR APAC	1	อัน	799.29	799.29
13	KETAC MOLAR EASYMIX A.R.TNEW	1	ชุด	1699.16	1,699.16
14	UBISTESIN FORTE(1:100000)	4	กระป๋อง	564.96	2,259.84
15	POSE-IODOPHORE	2	กล่อง	1580.00	3,160.00
					38,613.29

ลงชื่อ.....

(นางสาวรัฐนันท์ วงศ์สรไชย)

ทันตแพทย์ชำนาญการ

ผู้จัดทำแผน

ลงชื่อ.....

(นางเทียนจรัส จันทร์มะโน)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ.....

(นายนพรัตน์ วัชรขจรกุล)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร

แผนการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม รพ.ห่างฉัตร

ไตรมาสที่ 3 ประจำเดือน มีนาคม 2563 ปีงบประมาณ 2563 เพื่อจัดซื้อในเดือน เมษายน 2563

ลำดับ	รายการวัสดุ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	ราคารวม	ราคารวมรายบริษัท	บริษัท
1	FILM BARRIER	5	ม้วน	600.00	3,000.00		DENT-MATE
2	FILM BARRIER (แถม)	1	ม้วน	0.00	-		DENT-MATE
3	ที่แพค CORD R-55	3	อัน	500.00	1,500.00	1 4,500.00	DENT-MATE
4	X-ray film holder (snap aray) Premium	3	อัน	650.00	1,950.00		เซี่ยงไฮ้ทันตภัณฑ์
5	Sanctuary Rubber Dam Sheet 6x6	1	กล่อง	450.00	450.00	2 2,400.00	เซี่ยงไฮ้ทันตภัณฑ์
6	M1005002 FX205 M4 AIR MOTOR	1	ตัว	10000.00	10,000.00		Eminence
7	P1225 PAF-SU M4	1	ตัว	9000.00	9,000.00	3 19,000.00	Eminence
8	Septoject XL 27G/21 MM #9947	4	กล่อง	175.00	700.00		ACCORD
9	Septoject XL 27G/30 MM #9946	4	กล่อง	175.00	700.00		ACCORD
10	ZINC PHOSPHATE CEMENT	1	ชุด	1270.00	1,270.00	4 2,670.00	ACCORD
11	Medicaine Inj. 2% 1:100,000	5	กล่อง	425.00	2,125.00	5 2,125.00	SCHUMIT
12	A2B Z350 XT SYR APAC	1	อัน	799.29	799.29		DKSH
13	KETAC MOLAR EASYMIX A.R.TNEW	1	ชุด	1699.16	1,699.16		DKSH
14	UBISTESIN FORTE(1:100000)	4	กระป๋อง	564.96	2,259.84	6 4,758.29	DKSH
15	POSE-IODOPHORE	2	กล่อง	1580.00	3,160.00	7 3,160.00	POSE HEALTH CARE
					-		
	รวม				**38,613.29**	**38,613.29**	

ลงชื่อ.....

(นางสาวรัฐนันท์ วงศ์สรไชย)

ทันตแพทย์ชำนาญการ

ผู้จัดทำแผน

ลงชื่อ.....

(นางเทียนจรัส จันทร์มะโน)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

Business Unit
Healthcare

DKSH

ใบเสนอราคา

เลขที่ UB20202303-002

เรื่อง ขอเสนอราคา

เรียน ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลห้างฉัตร

บริษัท ดีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด มีความยินดีขอเสนอราคามาเพื่อพิจารณาดังนี้

ลำดับที่	รายการ	หน่วย	จำนวน	ราคา/หน่วย ไม่รวมVAT	ราคา/หน่วย รวมVAT	รวมเงิน ไม่รวมVAT
1	7018A2B Z350 XT SYR APAC	EA	1	747.00	799.29	747.00
2	56633 KETAC MOLAR EASYMIX A.R.TNEW	EA	1	1,588.00	1,699.16	1,588.00
3	15110 UBISTESIN FORTE(1:100000)	CAN	4	528.00	564.96	2,112.00
					-	-
สี่พันเจ็ดร้อยห้าสิบแปดบาทยี่สิบเก้าสตางค์			ราคาสินค้า			4,447.00
			ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7 %			311.29
			รวมจำนวนเงิน			4,758.29

กำหนดยืนราคา 90 วัน

กำหนดส่งมอบสินค้า 30 วัน

หมายเหตุ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมเรื่องใบเสนอราคาติดต่อคุณ **ศุภวรรณ สลีอ่อน 084-1285073**

บริษัทฯขอรับรองว่าในการเสนอราคาครั้งนี้ บริษัทฯไม่มีความเกี่ยวข้องและไม่มีการให้ผลประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้างแต่อย่างใด

บริษัทฯหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการพิจารณาสั่งซื้อจากท่านในเร็ววันนี้ และขอบพระคุณท่านล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

จันทร์ฉาย กันธะกร

Sales Supervisor

บริษัทดีเคเอสเอช (ประเทศไทย) จำกัด
2106 ถ.สุขุมวิท แขวงพระโขนงใต้ เขตพระโขนง กรุงเทพฯ 10260 เลขที่ประจำตัวผู้เสียภาษี : 0-1055-23002-11-8
โทรศัพท์ 0-2209131-2 โทรสาร 0-22209754 www.dksh.com

ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

ตามหนังสือสัญญาเลขที่ ลป ๐๐๓๒.๓๐๑.๒/ ๕๐๘ ลงวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๓

ยาบาลห้างฉัตร ได้ตกลงซื้อวัสดุ ทันตกรรม กับบริษัท/ร้าน บริษัท ดีเคเอสเอช(ประเทศไทย) จำกัด

รับโครงการซื้อวัสดุดังกล่าว เป็นจำนวนเงิน ๔,๗๕๘.๒๙ บาท

เจ็ดร้อยห้าสิบแปดบาทยี่สิบเก้าสตางค์)

คณะกรรมการได้ตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับแล้ว ผลปรากฏว่า

ารตรวจรับ

ถูกต้อง เมื่อวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๓

- [x] ครบถ้วนตามสัญญา
- [ ] ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

ค่าปรับ

- [ ] มีค่าปรับ
- [x] ไม่มีค่าปรับ

(ลงชื่อ) ..... ประธานกรรมการฯ
(นายรณชัช รสหอม)

(ลงชื่อ) ..... กรรมการ
(นางสาวพิมพ์ปรางค์ ญาณะ)

(ลงชื่อ) จิราพร กันตา กรรมการ
(นางสาวจิราพร กันตา)

(ส่วนของเจ้าหน้าที่พัสดุ)	(ส่วนของเจ้าหน้าที่การเงิน)
ผู้ว่าราชการจังหวัดลำปาง เพื่อโปรดทราบ ตามระเบียบกระทรวงการคลัง เยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ ๑๕๖๐ ข้อ ๑๗๕ (๔) สาวรัฐนันท์ วงศ์สรไชย) (นางเทียนจรัส จันทร์มะโน) เจ้าหน้าที่ หัวหน้าเจ้าหน้าที่	เรื่อง ขออนุมัติจ่ายเงินบำรุง เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร งานการเงินได้ตรวจสอบหลักฐานครบถ้วน ถูกต้อง โดยมีเงินบำรุงคงเหลือ ณ วันที่ ..... จำนวนเงิน ..... จึงเรียนมาเพื่อโปรดลงนามอนุมัติจ่ายเงินตามคำสั่ง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๘๙๕/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๑ ..... (นางสาวพันธุ์ทิพย์ ธรรมยา) เจ้าหน้าที่การเงิน
ทราบ ..... (นายนพรัตน์ วัชรขจรกุล) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร ผู้ได้รับมอบอำนาจตามคำสั่งจังหวัดลำปาง ที่ ๕๙๕๑/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๒	ทราบ/อนุมัติ ..... (นายนพรัตน์ วัชรขจรกุล) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร

ข้าพเจ้าได้รับมอบพัสดุครบถ้วนเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ตามรายละเอียดใบส่งของเลขที่ ๕๓๓๑๔๗๔๔๔๒

ที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๓

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่
(นางสาวรัฐนันท์ วงศ์สรไชย)

[illegible]

[illegible]

[illegible]

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

.....

ข้าพเจ้า	นางเทียนจรัส จันทร์มะโน	หัวหน้าเจ้าหน้าที่
ข้าพเจ้า	นางสาวรัฐนันท์ วงศ์สรไชย	เจ้าหน้าที่
ข้าพเจ้า	นายรณชัช รสหอม	ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ
ข้าพเจ้า	นางสาวพิมพ์ปรางค์ ญาณะ	กรรมการตรวจรับพัสดุ
ข้าพเจ้า	นางสาวจิราพร กันตา	กรรมการตรวจรับพัสดุ

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใด ๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้มีผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ทุกเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือ ผู้ชนะประมูล หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม ..... หัวหน้าเจ้าหน้าที่
(นางเทียนจรัส จันทร์มะโน)

ลงนาม ..... เจ้าหน้าที่
(นางสาวรัฐนันท์ วงศ์สรไชย)

ลงนาม ..... ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ
(นายรณชัช รสหอม)

ลงนาม ..... กรรมการตรวจรับพัสดุ
(นางสาวพิมพ์ปรางค์ ญาณะ)

ลงนาม ..... กรรมการตรวจรับพัสดุ
(นางสาวจิราพร กันตา)

หมายเหตุ หากเพิ่มเติมคณะกรรมการสามารถดำเนินการภายใต้แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจ ฯ นี้ได้โดยอนุโลม

[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]