



ใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง

ผู้รับจ้าง ...

ที่อยู่ ...

โทรศัพท์ ๐-๐๐๐๐-๐๐๐๐

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐

เลขที่บัญชีเงินฝาก ๐๐๐๐๐๐๐๐๐๐

ชื่อบัญชี ...

ธนาคาร ... สาขา...

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๐๐ / ๒๕๖...

วันที่ ๐๐ มกราคม ๒๕๖...

ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล...

ที่อยู่ ...

โทรศัพท์ ๐-๐๐๐๐-๐๐๐๐

ตามที่... ได้เสนอราคา... ไว้ต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวก/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล... ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ/จ้าง ตามรายการและภายใต้เงื่อนไข ดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
รายละเอียดตามใบเสนอราคาเลขที่... ลงวันที่.... (...บาทถ้วน)			รวมเป็นเงิน		
			ภาษีมูลค่าเพิ่ม		
			รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		

การซื้อ/จ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

๑. กำหนดส่งมอบภายใน ๐๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้ขาย/ผู้รับจ้างได้รับใบสั่งซื้อ

๒. ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๐๐ มกราคม ๒๕๖...

๓. สถานที่ส่งมอบ ...

๔. ระยะเวลาประกัน ...

๕. สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคาพัสดุที่ยังไม่ได้รับมอบ แต่ต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท นับถัดจากวันครบกำหนดถึงวันที่ผู้ซื้อได้รับมอบพัสดุครบถ้วนถูกต้อง

๖. ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง กรณีนี้ผู้ขาย/ผู้รับจ้างจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อ/สั่งจ้างทุกประการ

ลงชื่อ

(นาย/นาง/นางสาว...)

ตำแหน่ง...

(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

วันที่ ๐๐ มกราคม ๒๕๖...

ผู้สั่งซื้อ/สั่งจ้าง ลงชื่อ

(นาย/นาง/นางสาว...)

ตำแหน่ง.../ผู้รับจ้าง/ผู้ขาย

วันที่ ๐๐ มกราคม ๒๕๖...

ผู้รับใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง