



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสิลาลาด ตำบลลุง อำเภอสิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

ที่ ศก ๐๐๓๒.๓๐๑/ย ๒๔๔

วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานผลการตรวจรับพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ

ด้วย โรงพยาบาลสิลาลาด ได้จัดซื้อ เวชภัณฑ์ยา จำนวน ๔ รายการ
เพื่อให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลสิลาลาด รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑๑,๖๒๐.๐๐ บาท
ตามบันทึกรายงานการขออนุมัติซื้อที่ ศก ๐๐๓๒.๓๐๑/พ ๒๔๔ ลงวันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๔

บัดนี้ ผู้ชาย บริษัท โกลบอล ฟาร์ม จำกัด ได้จัดส่งมอบพัสดุดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว
คณะกรรมการตรวจรับพัสดุได้ดำเนินการตรวจรับพัสดุถูกต้องแล้วตั้งรายละเอียดในใบตรวจรับที่แนบมาเพื่อขออนุมัติเบิกเงิน
เป็นค่าพัสดุดังกล่าวรวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๑,๖๒๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกร้อยยี่สิบบาทถ้วน)
โดยเบิกจ่ายจากเงินบำรุงโรงพยาบาลสิลาลาดประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

จึงรายงานการตรวจรับพัสดุมานี้เพื่อโปรดทราบ และพิจารณาอนุมัติ

(นางสมจิต อธิพงษ์)

เภสัชกรชำนาญการ

เจ้าหน้าที่

- เห็นควรอนุมัติ

(นางสาววิจิตรา ทองบ่อ)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติ

(นายธนา คลองงาม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิลาลาด

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ

ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๔

ตาม ใบสั่งซื้อสั่งจ้าง เลขที่ ๒๔๙/๖๔ ลงวันที่ ๙ เมษายน ๒๕๖๔ โรงพยาบาลศิลาลาด ได้ตกลงซื้อ
กับ บริษัท โกลบอล ฟาร์ม จำกัด สำหรับโครงการ ซื้อเวชภัณฑ์ยา จำนวน ๔ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงิน
ทั้งสิ้น ๑๑,๖๒๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

ผู้ตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏ ดังนี้

๑. ผลการตรวจรับ

ถูกต้อง

ครบถ้วนตามสัญญา

ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

๒. ค่าปรับ

มีค่าปรับ

ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๑,๖๒๐.๐๐ บาท

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจรับพัสดุ

(นางสุธิดา อุณวงศ์)

หมายเหตุ : เลขที่โครงการ ๖๔๐๕๗๓๑๘๕๕๗

เลขคุมสัญญา ๖๔๐๕๑๔๒๖๕๕๕๗

เลขคุมตรวจรับ ๖๔๐๕A๑๓๖๘๒๓๔



บริษัท โกลบอลฟาร์ม จำกัด (สำนักงานใหญ่)
GLOBAL PHARM CO.,LTD. (HEAD OFFICE)

39/10 หมู่ 6 ถนนบางบัวทอง-สุพรรณบุรี ตำบลราษฎร์นิยม
 อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี 11150
 โทร. 0-2985-5855 แฟกซ์ : 0-2985-5866
 E-mail gb_pm@centralpolytrading.com www.centralpolytrading.com

ไม่ใช่ใบกำกับภาษี

เอกสารออกเป็นชุด

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0105537093030

ภาษี SOLD TO 1A33160011 TAX ID 0994000918828 สำนักงานใหญ่ ร.พ. สีลาลาด 108 หมู่ 5 ด.กุง อ.สีลาลาด จ.ศรีสะเกษ 33160 โทร. 045-668117 Order Type : 411 Co. No. : 2141102276	ใบส่งของ/ใบแจ้งหนี้ INVOICE	เลขที่ 214102657
	แผนก DEPT	กำหนดการชำระเงิน TERMS ^ก DAYS
	พนักงานขาย SALESMAN DD03 จงกชกร	วันที่ DATE 3/5/64
	รหัสลูกค้า CODE 1A33160011	วันครบกำหนดชำระ DUE DATE

จำนวน Quantity	รายการสินค้า Description of Goods	ราคาหน่วย Unit Price	จำนวนเงิน Amount
10.00	ANTA 1.0 1x100x10 T P1A40/2559-FBA1 A35387 S6 Lorazepam 1.0 mg. TPO 6.PU EXP.25/01/2023 246778 246750	290.00	2,900.00

ตรวจรับพัสดุโรงพยาบาลสุรสีห์
 1.ชื่อ.....
 2.ชื่อ.....
 3.ชื่อ.....
 ได้ตรวจรับพัสดุดังกล่าวครบถ้วน พร้อมนี้
 ได้ลงมอบพัสดุให้เจ้าหน้าที่คลังเรียบร้อยแล้ว
 ผู้รับชื่อ.....
 วันที่รับ.....

ผู้รับของ

อ.วิฑูรย์
 3/5/64

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)

ผู้ส่งของ

มูลค่าสินค้า

ภาษีมูลค่าเพิ่มอัตรา 7.00%

จำนวนรวมทั้งสิ้น

(สองพันเก้าร้อยบาทถ้วน)

2,710.28

189.72

2,900.00

If payment is made by cheque please
 pay by crossed cheque issued to
 "GLOBAL PHARM CO.,LTD." only

ถ้าชำระด้วยเช็ค โปรดจ่ายเช็คยกชื่อ
 บริษัท โกลบอลฟาร์ม จำกัด เท่านั้น

For and on behalf of
 GLOBAL PHARM CO.,LTD.
 โยนน บริษัท โกลบอลฟาร์ม จำกัด

Authorized Signature (ลายเซ็น)

เซ็นชื่อพนักงานผู้จำหน่าย
 DATE วันที่

เซ็นชื่อพนักงานผู้จำหน่าย
 DATE วันที่



บริษัท โกลบอลฟาร์ม จำกัด (สำนักงานใหญ่)
GLOBAL PHARM CO.,LTD. (HEAD OFFICE)

99/10 หมู่ 6 ถนนบางบัวทอง-สุพรรณบุรี ตำบลราษฎร์นิยม
 อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี 11150
 โทร. 0-2985-5855 แฟกซ์ : 0-2985-5866
 E-mail gb_pm@centralpolytrading.com www.centralpolytrading.com

ไม่ใช่ใบกำกับภาษี

เอกสารออกเป็นชุด

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0105537093030

ขายให้ SOLD TO 1A33160011 TAX ID 0994000918828 สำนักงานใหญ่ 1.พ. ศิลาลาด 108 หมู่ 5 ด.กุง อ.ศิลาลาด จ.ศรีสะเกษ 33160 โทร. 045-668117 Order Type : 411 Co. No. : 2141102277	ใบส่งของ/ใบแจ้งหนี้ INVOICE เลขที่ 214102658
	เลขที่ กำหนดการชำระหนี้ วัน TERMS ภา DAYS
	วันที่ วันที่ 3/5/64
	วันครบกำหนดชำระ: DUE DATE

จำนวน Quantity	รายการสินค้า Description of Goods	ราคาต่อหน่วย Unit Price	จำนวนเงิน Amount
6.00	POVANIL 2 1x50x10 T P1A17/2561-FBB1 B35318 B09 Clonazepam 2 mg. TPO EXP. 20/02/2026 414948 287627 G.P.U	550.00	3,300.00

ตรวจรับพัสดุโรงพยาบาลศิลาลาด
 1. ชื่อ สุวิมล งามนวล ลายมือชื่อ
 2. ชื่อ ลายมือชื่อ
 3. ชื่อ ลายมือชื่อ
 ได้ตรวจรับพัสดุถูกต้องครบถ้วน พร้อมนี้
 ได้ส่งมอบพัสดุให้เจ้าหน้าที่คลังเรียบร้อยแล้ว
 ผู้รับชื่อ ดร.วิมล งามนวล ลายมือชื่อ WV
 วันที่รับ 3 / พ.ค. / 64

ผู้รับของ	ผู้ส่งของ	มูลค่าสินค้า	3,084.11
		ภาษีมูลค่าเพิ่มอัตรา 7.00%	215.89
		จำนวนรวมทั้งสิ้น	3,300.00

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)
๓๖๓๗๕
3/5/64

If payment is made by cheque please pay by crossed cheque issued to "GLOBAL PHARM CO.,LTD." only

ชำระด้วยเช็ค โปรดจ่ายเช็คยกตรง
 บริษัท โกลบอลฟาร์ม จำกัด เท่านั้น

For and on behalf of
 GLOBAL PHARM CO.,LTD.
 โทร.บริษัท โกลบอลฟาร์ม จำกัด

Authorized Signature (ลายเซ็น)

ยื่นชื่อพนักงานผู้เข้าบัญชี
 DATE วันที่

ยื่นชื่อพนักงานผู้เข้าบัญชี
 DATE วันที่



บริษัท ไกลบอลฟาร์ม จำกัด (สำนักงานใหญ่)
GLOBAL PHARM CO.,LTD. (HEAD OFFICE)

99/10 หมู่ 6 ถนนบางบัวทอง-สุพรรณบุรี ตำบลราษฎร์นิยม
 อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี 11150
 โทร. 0-2985-5855 แฟกซ์ : 0-2985-5866
 E-mail gb_pm@centralpolytrading.com www.centralpolytrading.com

ไม่ใช่ใบกำกับภาษี

เอกสารออกเป็นชุด

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0105537093030

ขายให้
SOLD TO

1A33160011 TAX ID 0994000918828 สำนักงานใหญ่
 ร.พ. ศีลาลาด
 108 หมู่ 5
 ด.พุง
 อ.ศีลาลาด จ.ศรีสะเกษ 33160
 โทร. 045-668117

ใบส่งของ/ใบแจ้งหนี้
INVOICE

เลขที่ 214102840

แผนก

กำหนดการชำระเงิน วัน

DEPT

TERMS 30 DAYS

พนักงานขาย

DD03 จงกชกร

รหัสลูกค้า

1A33160011

วันที่ 3/5/64

วันครบกำหนดชำระ
DUE DATE

Order Type : 411

Co. No. : 2141102632

จำนวน Quantity	รายละเอียด Description of Goods	ราคาต่อหน่วย Unit Price	จำนวนเงิน Amount
5.00	TRAZODONE 50 1x50x10 T 1A39/51-FBB1 B35360 B01 816793 EXP.24/02/2023 644864	700.00	3,500.00
8.00	PORAZINE 8 1x50x10T 1A299/35-FBB1 B35002 S6 414706 EXP.01/02/2023 407875	240.00	1,920.00

ตรวจรับพัสดุโรงพยาบาลศีลาลาด
 1. ชื่อ.....ลายมือชื่อ.....
 2. ชื่อ.....ลายมือชื่อ.....
 3. ชื่อ.....ลายมือชื่อ.....
 ไม่ตรวจรับพัสดุดังกล่าวครบถ้วน พร้อมนี้
 ไม่รับรองพัสดุให้เจ้าหน้าที่คลังหรือรับร้อยแล้ว
 วัชรวิทย์ นพ.ก.น. ลายมือชื่อ.....
 วันที่รับ..... พ.ศ. 64

ผู้รับของ

ผู้ส่งของ

มูลค่าสินค้า

5,065.42

ภาษีมูลค่าเพิ่มอัตรา 7.00%

354.58

จำนวนรวมทั้งสิ้น

5,420.00

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)
 วัชรวิทย์
 3/5/64

(ห้าพันสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

If payment is made by cheque please
 pay by crossed cheque issued to
 "GLOBAL PHARM CO.,LTD." only

For and on behalf of
 GLOBAL PHARM CO.,LTD.
 ไกลบอล ฟาร์ม จำกัด

เซ็นชื่อพนักงานผู้จำหน่าย
 DATE วันที่

ชำระด้วยเช็ค โปรดจ่ายเช็คขีดคร่อม
 บริษัท ไกลบอลฟาร์ม จำกัด เท่านั้น

Authorized Signature (ลายเซ็น)

เซ็นชื่อพนักงานผู้จำหน่าย
 DATE วันที่

ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท โกลบอล ฟาร์ม จำกัด
 ที่อยู่ เลขที่ ๘๘/๑๐ หมู่ ๖ ถนนบางบัวทอง-สุพรรณบุรี
 ตำบลราษฎร์นิยม อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๕๐
 โทรศัพท์ ๐-๒๙๘๘๕-๕๘๕๕ ต่อ ๑๒๓
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๓๗๐๘๗๐๓๐

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๒๕๙/๖๔
 วันที่ ๙ เมษายน ๒๕๖๔
 ส่วนราชการ โรงพยาบาลศิลาลาด
 ที่อยู่ ๑๐๘ บ้านสงยาง ตำบลทุ่ง อำเภอศิลาลาด จังหวัด
 ศรีสะเกษ
 โทรศัพท์ ๐-๔๕๖๖-๘๑๒๓

ตามที่ บริษัท โกลบอล ฟาร์ม จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลศิลาลาด ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	Lorazepam ๑ mg.	๑๐	กล่อง	๒๙๐.๐๐	๒,๙๐๐.๐๐
๒	Clonazepam ๒ mg.	๖	กล่อง	๕๕๐.๐๐	๓,๓๐๐.๐๐
๓	Trazodone HCL ๕๐ mg.	๕	กล่อง	๗๐๐.๐๐	๓,๕๐๐.๐๐
๔	Perphenazine ๘ mg.	๘	กล่อง	๒๔๐.๐๐	๑,๙๒๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๑๐,๘๕๐.๐๐
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๗๖๐.๑๙
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๑,๖๑๐.๐๐
(หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกร้อยยี่สิบบาทถ้วน)					

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๔
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลศิลาลาด ๑๐๘ บ้านสงยาง
- ระยะเวลาประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :-

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๔๐๕๗๓๑๘๕๕๗ ชื่อเวชภัณฑ์ยา จำนวน ๔ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งซื้อ

(นางสาวจิตรา ทองบ่อ)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

วันที่ ๙ เมษายน ๒๕๖๔

ลงชื่อ.....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นายสุวิทย์ วัฒนศิริ)

วันที่ ๙ เมษายน ๒๕๖๔

เลขที่โครงการ ๖๔๐๕๗๓๑๘๕๕๗

เลขคู่มือสัญญา ๖๔๐๕๑๓๒๖๕๕๕๗



ประกาศโรงพยาบาลสิลาลาด

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อเวชภัณฑ์ยา จำนวน ๔ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ตามที่ โรงพยาบาลสิลาลาด ได้มีโครงการ ซื้อเวชภัณฑ์ยา จำนวน ๔ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น เวชภัณฑ์ยา จำนวน ๔ รายการ ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท โกลบอล ฟาร์ม จำกัด (ขายส่ง) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๑๑,๖๒๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกร้อยยี่สิบบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๘ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายธนา คลองงาม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิลาลาด

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสิลาลาด โทร. ๐๔๕๖๖๘๑๑๗ ต่อ ๑๑๙

ที่ ศก๐๐๓๒.๓๐๑/๒๕๙

วันที่ ๘ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อสั่งจ้าง

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ

ขอรายงานผลการพิจารณาซื้อเวชภัณฑ์ยา จำนวน ๔ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ดังนี้

รายการพิจารณา	รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ	ราคาที่เสนอ*	ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง*
เวชภัณฑ์ยา จำนวน ๔ รายการ	บริษัท โกลบอล ฟาร์ม จำกัด	๑๑,๖๒๐.๐๐	๑๑,๖๒๐.๐๐
(หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกร้อยยี่สิบบาทถ้วน) รวม			๑๑,๖๒๐.๐๐

* ราคาที่เสนอ และราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง เป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา

โรงพยาบาลสิลาลาดพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อสั่งจ้างจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

(นางสมจิต อธิพงษ์)

เภสัชกรชำนาญการ

เจ้าหน้าที่

(นางสาววิจิตรา ทองบ่อ)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายธนา คลองงาม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิลาลาด

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ



วันที่..... 8 เดือน..... 4 พ.ศ..... 2564

เรื่อง ขอเสนอราคาเวชภัณฑ์ / ยา

เรียน ท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสิลาลาด/ จังหวัดศรีสะเกษ

เนื่องด้วยทางบริษัท โกลบอล ฟาร์ม จำกัด ผู้จัดการจำหน่ายเวชภัณฑ์/ยา ภายใต้การผลิต
ของบริษัท ฟาร์มาสแตนด์แล็บบอราดอร์รี่ จำกัด ขอเสนอราคาเวชภัณฑ์/ยา ดังรายการต่อไปนี้ คือ

<u>ชื่อยา</u>	<u>จำนวนยา</u>	<u>ขนาดบรรจุ</u>	<u>ราคาต่อหน่วย</u>	<u>จำนวนเงิน</u>
TRAZODONE 50 (Trazodone hcl 50 mg.)	5x50x10T.	1x50x10T.	700.00	3,500.00
PORAZINE 8 (Perphenazine 8 mg.)	8x50x10T.	1x50x10T.	240.00	1,920.00

มูลค่าสินค้า 5,065.42
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% 354.58
จำนวนรวมทั้งสิ้น 5,420.00
(ห้าพันสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

กำหนดส่งของภายใน 5 วัน

ขึ้นราคา 90 วัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและทางบริษัทฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านคงให้ความกรุณาอนุมัติซื้อ
เวชภัณฑ์ / ยา ดังกล่าวในโอกาสต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวมจิตา เกิดวันเอี่ยม)
ผู้จัดการฝ่ายขาย





วันที่ 8 เดือน 4 พ.ศ. 2564

เรื่อง ขอเสนอราคาเวชภัณฑ์ / ยา

เรียน ท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลติลาลาด/ จังหวัดศรีสะเกษ

เนื่องด้วยทางบริษัท โกลบอล ฟาร์ม จำกัด ผู้จัดการจำหน่ายเวชภัณฑ์/ยา ภายใต้การผลิต
ของบริษัท ฟาร์มาสันต์แล็บบอราดอร์รี่ จำกัด ขอเสนอราคาเวชภัณฑ์/ยา ดังรายการต่อไปนี้ คือ

<u>ชื่อยา</u>	<u>จำนวนยา</u>	<u>ขนาดบรรจุ</u>	<u>ราคาต่อหน่วย</u>	<u>จำนวนเงิน</u>
POVANIL 2.0 (Clonazepam 2.0 mg.)	6x50x10T.	1x50x10T.	550.00	3,300.00

มูลค่าสินค้า	3,084.11
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%	215.89
จำนวนรวมทั้งสิ้น	3,300.00

(สามพันสามร้อยบาทถ้วน)

กำหนดส่งของภายใน 5 วัน

ขึ้นราคา 90 วัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและทางบริษัทฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านคงให้ความกรุณาอนุมัติซื้อ
เวชภัณฑ์ / ยา ดังกล่าวในโอกาสต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวมณฑิลา เกิดวันเอี่ยม)

ผู้จัดการฝ่ายขาย





วันที่..... 8 เดือน..... 4 พ.ศ. 2564

เรื่อง ขอเสนอราคาเวชภัณฑ์ / ยา

เรียน ท่านผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสิลาลาด/จังหวัดศรีสะเกษ

เนื่องด้วยทางบริษัท โกลบอล ฟาร์ม จำกัด ผู้จัดการจำหน่ายเวชภัณฑ์/ยา ภายใต้การผลิต
ของบริษัท ฟาร์มาสันต์แล็บบอราดอร์รี่ส์ จำกัด ขอเสนอราคาเวชภัณฑ์/ยา ดังรายการต่อไปนี้ คือ

ชื่อยา	จำนวนยา	ขนาดบรรจุ	ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน
ANTA 1.0 (Lorazepam 1.0 mg.)	10x100x10T.	1x100x10T.	290.00	2,900.00

มูลค่าสินค้า 2,710.28

ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% 189.72

จำนวนรวมทั้งสิ้น 2,900.00

(สองพันเก้าร้อยบาทถ้วน)

กำหนดส่งของภายใน 5 วัน

คืนราคา 90 วัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและทางบริษัทฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านคงให้ความกรุณาอนุมัติซื้อ
เวชภัณฑ์ / ยา ดังกล่าวในโอกาสต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวฉัตรดา เกิดวันเอี่ยม)

ผู้จัดการฝ่ายขาย




แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงาน (วงเงินเล็กน้อยไม่เกิน ๑๐๐,๐๐๐ บาท)
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ และผู้ตรวจรับพัสดุ


ข้าพเจ้า นางสาววิจิตรา ทองบ่อ (หัวหน้าเจ้าหน้าที่)
ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ


ข้าพเจ้า นางสมจิต อสีพงษ์ (เจ้าหน้าที่)
ตำแหน่ง เกสเซอร์ชำนาญการ

ข้าพเจ้า นางสุธิดา อุณวงศ์ (ผู้ตรวจรับพัสดุ)
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติงาน

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามา มีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญ ตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐ หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม  (หัวหน้าเจ้าหน้าที่)
นางสาววิจิตรา ทองบ่อ
ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

ลงนาม  (เจ้าหน้าที่)
นางสมจิต อสีพงษ์
ตำแหน่ง เกสเซอร์ชำนาญการ

ลงนาม  (ผู้ตรวจรับพัสดุ)
นางสุธิดา อุณวงศ์
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติงาน



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสิลาลาด โทร. ๐๕๕๖๖๘๑๑๗ ต่อ ๑๑๙

ที่ ศก๐๐๓๒.๓๐๑/พ๒๔๙

วันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานขอซื้อขอยืม

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ

ด้วย กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสิลาลาด โทร. ๐๕๕๖๖๘๑๑๗ ต่อ ๑๑๙ มีความประสงค์จะ ซื้อเวชภัณฑ์ยา จำนวน ๔ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เพื่อให้บริการผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลสิลาลาด

๒. รายละเอียดของพัสดุ

๑.Lorazepam ๑ mg. จำนวน ๑๐ กล่อง กล่องละ ๒๕๐ บาท รวมเป็นเงิน ๒,๕๐๐ บาท

๒.Clonazepam ๒ mg. จำนวน ๖ กล่อง กล่องละ ๕๕๐ บาท รวมเป็นเงิน ๓,๓๐๐ บาท

๓.Trazodone HCL ๕๐ mg. จำนวน ๕ กล่อง กล่องละ ๗๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๓,๕๐๐ บาท

๔.Perphenazine ๘ mg. จำนวน ๘ กล่อง กล่องละ ๒๔๐ บาท รวมเป็นเงิน ๑,๙๒๐ บาท

๓. ราคากลางของพัสดุที่จะซื้อจำนวน ๑๑,๖๒๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกกร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

๑.Lorazepam ๑ mg. จำนวน ๑๐ กล่อง กล่องละ ๒๕๐ บาท รวมเป็นเงิน ๒,๕๐๐ บาท

๒.Clonazepam ๒ mg. จำนวน ๖ กล่อง กล่องละ ๕๕๐ บาท รวมเป็นเงิน ๓,๓๐๐ บาท

๓.Trazodone HCL ๕๐ mg. จำนวน ๕ กล่อง กล่องละ ๗๐๐ บาท รวมเป็นเงิน ๓,๕๐๐ บาท

๔.Perphenazine ๘ mg. จำนวน ๘ กล่อง กล่องละ ๒๔๐ บาท รวมเป็นเงิน ๑,๙๒๐ บาท

๔. วงเงินที่จะซื้อ

เงินนอกงบประมาณจากเงินบำรุงโรงพยาบาลสิลาลาด ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๑๑,๖๒๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกกร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๓๐ วัน นับถัดจากวันลงนามในสัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการโดยวิธีเฉพาะเจาะจงเนื่องจากการจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

ผู้ตรวจรับพัสดุ

นางสุธิดา อุมวงศ์

เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ปฏิบัติงาน

อำนาจและหน้าที่

ผู้ตรวจรับพัสดุ

ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

ระเบียบ/คำสั่งที่เกี่ยวข้อง ผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ มอบอำนาจให้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ให้ดำเนินการเกี่ยวกับระเบียบกระทรวงการคลังเกี่ยวกับการจัดซื้อ/จัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ ทุกชั้นตอน ยกเว้น (๑)วิธีประกาศเชิญชวนทั่วไปโดยวิธีสอบราคา (๒)วิธีคัดเลือก ตามมาตรา ๕๖ (๑) (ข) (ค) (ง) (จ)(ฉ) (ช) และ(๓)วิธีเฉพาะเจาะจง ตามมาตรา ๕๖ (๒) (จ) (ข) ครั้งหนึ่งวงเงินไม่เกิน ๑๐,๐๐๐,๐๐๐.-บาท (สิบล้านบาทถ้วน) (ตามคำสั่งจังหวัดศรีสะเกษที่ ๔๙๙๙/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๒)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงานขอซื้อดังกล่าวข้างต้น



(นางสมจิต อธิพงษ์)

เภสัชกรชำนาญการ

เจ้าหน้าที่



(นางสาววิจิตรา ทองบ่อ)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

หัวหน้าเจ้าหน้าที่



(นายธนา คลองงาม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิลาลาด

ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ

รายละเอียดคุณลักษณะ ร่างขอบเขตงานและราคากลาง

โครงการซื้อเวชภัณฑ์ยา จำนวน ๔ รายการ

ชื่อโครงการ : ซื้อเวชภัณฑ์ยา

วัตถุประสงค์ : เพื่อใช้ในการให้บริการผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลศิลาลาด

วงเงินงบประมาณ : จำนวน ๑๑,๖๒๐.๐๐ บาท

(หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

รายละเอียดพัสดุที่จะขอซื้อหรือจ้าง

ลำดับ ที่	รายละเอียดพัสดุที่จะขอซื้อ/จ้าง	หน่วยนับ	จำนวน หน่วย	ราคามาตรฐาน /ราคากลาง ต่อหน่วย	จำนวนเงิน ที่ขอซื้อ/จ้าง ครั้งนี้
๑	Lorazepam ๑ mg	กล่อง	๑๐	๒๙๐.๐๐	๒,๙๐๐.๐๐
๒	Clonazepam ๒ mg.	กล่อง	๖	๕๕๐.๐๐	๓,๓๐๐.๐๐
๓	Trazodone HCL ๕๐ mg.	กล่อง	๕	๗๐๐.๐๐	๓,๕๐๐.๐๐
๔	Perphenazine ๘ mg.	กล่อง	๘	๒๔๐.๐๐	๑,๙๒๐.๐๐
รวม ๔ รายการ					๑๑,๖๒๐.๐๐

รวม ๔ รายการ

(ตัวอักษร) (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

แหล่งที่มาของราคากลาง : ราคาที่เคยซื้อครั้งหลังสุด ไม่เกิน ๒ ปี งบประมาณ

เกณฑ์การพิจารณาเลือกข้อเสนอ : เกณฑ์ราคา

ลงชื่อ *Dr Dr*

(นางสาวทรายกะรัต เสริมแก้ว)

ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ

ผู้จัดทำรายละเอียดคุณลักษณะ/ร่างขอบเขตของงานและราคากลาง

คุณลักษณะเฉพาะของยา Lorazepam 1. tablets

ชื่อยา Lorazepam 1 mg. tablets

คุณสมบัติทั่วไป

1. เป็นยาเม็ดชนิดรับประทาน
2. ประกอบด้วยตัวยา Lorazepam 1 mg. tablets /tablets
3. บรรจุในแผงยาป้องกันแสงและความชื้น
4. ฉลากระบุชื่อยา ส่วนประกอบตัวยาสำคัญและความแรง วันผลิต วันสิ้นอายุ เลขที่ผลิต และเลขทะเบียนตำรับยาไว้อย่างชัดเจนบนบรรจุภัณฑ์
5. วันหมดอายุของยาที่ส่งมอบต้องไม่น้อยกว่า 1 ปี 6 เดือน นับจากวันส่งมอบ

คุณสมบัติทางเทคนิค

- | | |
|-----------------------|---|
| 1. Identification | ตรวจผ่านตามที่ระบุใน finished product specification |
| 2. ปริมาณตัวยาสำคัญ | 90.0-110.0 % labeled amount of Lorazepam |
| 3. Dissolution test | ตรวจผ่านตามที่ระบุใน finished product specification |
| 4. Content Uniformity | ตรวจผ่านตามที่ระบุใน finished product specification |

คุณสมบัติอื่นๆ

1. ยาที่เสนอต้องได้รับอนุญาตขึ้นทะเบียนตำรับยาเพื่อจำหน่ายในประเทศไทย และต้องมีสำเนาใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับยาที่เสนอ (ใบสำคัญการขอขึ้นทะเบียนตำรับยา หมายถึง ทย.1, ทย.2 ในกรณีที่เป็นยาที่ผลิตในประเทศไทย) (ใบสำคัญการขอขึ้นทะเบียนตำรับยา หมายถึง ทย.1, ทย.4 ในกรณีที่เป็นยานำเข้าจากต่างประเทศ)
2. ยาที่ผลิตในประเทศไทย ผู้ผลิตต้องมีหนังสือรับรองมาตรฐานการผลิตตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาของกระทรวงสาธารณสุข (GMP) ในหมวดยาที่เสนอขาย ในกรณีที่เป็นยานำเข้าจากต่างประเทศ ผู้ผลิตต้องมีหนังสือรับรองมาตรฐานการผลิตตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาของประเทศผู้ผลิต
3. มีหนังสือรับรองการตรวจวิเคราะห์ยาที่นำมาเป็นตัวอย่างในการเสนอขายจากผู้ผลิตหรือจากหน่วยงานที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง
4. ยาที่เสนอเป็นยาที่บริษัทเป็นผู้ผลิตหรือเป็นผู้แทนจำหน่ายโดยตรง
5. มีเอกสารแสดงผลการวิเคราะห์วัตถุตั้งต้นของบริษัทผู้ผลิตวัตถุตั้งต้นผลิตเดียวกับตัวอย่างที่นำเสนอ (เพื่อดูว่ามีการตรวจหา Related substances ตามมาตรฐานวัตถุตั้งต้นหรือไม่) อีกข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อก็ได้

ลงชื่อ

Jan N

จัดทำร่างขอบเขตของงาน

(นางสาวทรายกะรัต เสริมแก้ว) หรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ

เภสัชกรชำนาญการ

คุณลักษณะเฉพาะของยา Clonazepam 2 mg.tablets

ชื่อยา Clonazepam 2 mg.tablets

คุณสมบัติทั่วไป

1. เป็นยาเม็ดชนิดรับประทาน
2. ประกอบด้วยตัวยา Clonazepam 2 mg. ใน 1 เม็ด
3. บรรจุในภาชนะป้องกันแสงและความชื้น
4. ผลการระบุชื่อยา ส่วนประกอบตัวยาสำคัญและความแรง วันผลิต วันสิ้นอายุ เลขที่ผลิต และเลขทะเบียนตำรับยาไว้อย่างชัดเจนบนบรรจุภัณฑ์
5. วันหมดอายุของยาที่ส่งมอบต้องไม่น้อยกว่า 1 ปี 6 เดือน นับจากวันส่งมอบ

คุณสมบัติทางเทคนิค

- | | |
|-----------------------|---|
| 1. Identification | ตรวจผ่านตามที่ระบุใน finished product specification |
| 2. ปริมาณตัวยาสำคัญ | 90.0 –110.0% labeled amount of Clonazepam |
| 3. Dissolution test | ตรวจผ่านตามที่ระบุใน finished product specification |
| 4. Content Uniformity | ตรวจผ่านตามที่ระบุใน finished product specification |

คุณสมบัติอื่นๆ

1. ยาที่เสนอต้องได้รับอนุญาตขึ้นทะเบียนตำรับยาเพื่อจำหน่ายในประเทศไทย และต้องมีสำเนาใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับยาที่เสนอ (ใบสำคัญการขอขึ้นทะเบียนตำรับยา หมายถึง ทย.1, ทย.2 ในกรณีที่เป็นยาที่ผลิตในประเทศไทย) (ใบสำคัญการขอขึ้นทะเบียนตำรับยา หมายถึง ทย.1, ทย.4 ในกรณีที่เป็นยานำเข้าจากต่างประเทศ)
2. ยาที่ผลิตในประเทศไทย ผู้ผลิตต้องมีหนังสือรับรองมาตรฐานการผลิตตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาของกระทรวงสาธารณสุข (GMP) ในหมวดยาที่เสนอขาย ในกรณีที่เป็นยานำเข้าจากต่างประเทศ ผู้ผลิตต้องมีหนังสือรับรองมาตรฐานการผลิตตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาของประเทศผู้ผลิต
3. มีหนังสือรับรองการตรวจวิเคราะห์ยาที่นำมาเป็นตัวอย่างในการเสนอขายจากผู้ผลิตหรือจากหน่วยงานที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง
4. ยาที่เสนอเป็นยาที่บริษัทเป็นผู้ผลิตหรือเป็นผู้แทนจำหน่ายโดยตรง
5. มีเอกสารแสดงผลการวิเคราะห์หัตถุคิบบของบริษัผู้ผลิตวัตถุดิบรุ่นผลิตเดียวกับตัวอย่างที่นำเสนอ (เพื่อดูว่ามีการตรวจหา Related substances ตามมาตรฐานวัตถุดิบหรือไม่) อีกข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อก็ได้

ลงชื่อ

Sar Su

(นางสาวทรายกะรัต เสริมแก้ว)

เภสัชกรชำนาญการ

จัดทำร่างขอบเขตของงาน

หรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ

คุณลักษณะเฉพาะของยา Trazodone HCL 50 mg. tablets

ชื่อยา Trazodone HCL 50 mg. tablets

คุณสมบัติทั่วไป

1. เป็นยาเม็ดเคลือบฟิล์มชนิดรับประทาน
2. ประกอบด้วยตัวยา Trazodone HCL 50 mg. ใน 1 เม็ด
3. บรรจุในภาชนะป้องกันแสงและความชื้น
4. ผลการระบุชื่อยา ส่วนประกอบด้วยยาสำคัญและความแรง วันผลิต วันสิ้นอายุ เลขที่ผลิต และเลขทะเบียนตำรับยาไว้อย่างชัดเจนบนบรรจุภัณฑ์
5. วันหมดอายุของยาที่ส่งมอบต้องไม่น้อยกว่า 1 ปี 6 เดือน นับจากวันส่งมอบ

คุณสมบัติทางเทคนิค

- | | |
|-----------------------|---|
| 1. Identification | ตรวจผ่านตามที่ระบุใน finished product specification |
| 2. ปริมาณตัวยาสำคัญ | 90.0 -110.0 % labeled amount of Trazodone HCL |
| 3. Dissolution test | ตรวจผ่านตามที่ระบุใน finished product specification |
| 4. Content Uniformity | ตรวจผ่านตามที่ระบุใน finished product specification |

เงื่อนไขอื่นๆ

1. ยาที่เสนอต้องได้รับอนุญาตขึ้นทะเบียนตำรับยาเพื่อจำหน่ายในประเทศไทย และต้องมีสำเนาใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับยาที่เสนอ (ใบสำคัญการขอขึ้นทะเบียนตำรับยา หมายถึง ทย.1, ทย.2 ในกรณีที่เป็นยาที่ผลิตในประเทศไทย) (ใบสำคัญการขอขึ้นทะเบียนตำรับยา หมายถึง ทย.1, ทย.4 ในกรณีที่เป็นยานำเข้าจากต่างประเทศ)
2. ยาที่ผลิตในประเทศไทย ผู้ผลิตต้องมีหนังสือรับรองมาตรฐานการผลิตตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการ ผลิตยาของกระทรวงสาธารณสุข (GMP) ในหมวดยาที่เสนอขาย ในกรณีที่เป็นยานำเข้าจากต่างประเทศ ผู้ผลิตต้องมีหนังสือรับรองมาตรฐานการผลิตตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาของประเทศผู้ผลิต
3. มีหนังสือรับรองการตรวจวิเคราะห์ยา รุ่นที่นำมาเป็นตัวอย่างในการเสนอขายจากผู้ผลิตหรือจากหน่วยงานที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง
4. ยาที่เสนอเป็นยาที่บริษัทเป็นผู้ผลิตหรือเป็นผู้แทนจำหน่ายโดยตรง
5. มีเอกสารแสดงผลการวิเคราะห์วัตถุอันตรายของบริษัผู้ผลิตวัตถุอันตรายที่ผลิตเดียวกับตัวอย่างที่นำเสนอม (เพื่อดูว่ามีการตรวจหา Related substances ตามมาตรฐานวัตถุอันตรายหรือไม่) อีกข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อก็ได้

ลงชื่อ



(นางสาวทรายกะรัต เสริมแก้ว)

เภสัชกรชำนาญการ

จัดทำร่างขอบเขตของงาน

หรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ

คุณลักษณะเฉพาะของยา Perphenazine 8 mg. tablets

ชื่อยา Perphenazine 8 mg. tablets

คุณสมบัติทั่วไป

1. เป็นยาเม็ดเคลือบฟิล์มชนิดรับประทาน
2. ประกอบด้วยตัวยา Perphenazine 8 mg. ใน 1 เม็ด
3. บรรจุในภาชนะป้องกันแสงและความชื้น
4. ฉลากระบุชื่อยา ส่วนประกอบด้วยยาสำคัญและความแรง วันผลิต วันสิ้นอายุ เลขที่ผลิต และเลขทะเบียนตำรับยาไว้อย่างชัดเจนบนบรรจุภัณฑ์
5. วันหมดอายุของยาที่ส่งมอบต้องไม่น้อยกว่า 1 ปี 6 เดือน นับจากวันส่งมอบ

คุณสมบัติทางเทคนิค

- | | |
|-----------------------|---|
| 1. Identification | ตรวจผ่านตามที่ระบุใน finished product specification |
| 2. ปริมาณตัวยาสำคัญ | 90.0 -110.0 % labeled amount of Perphenazine |
| 3. Dissolution test | ตรวจผ่านตามที่ระบุใน finished product specification |
| 4. Content Uniformity | ตรวจผ่านตามที่ระบุใน finished product specification |

เงื่อนไขอื่นๆ

1. ยาที่เสนอต้องได้รับอนุญาตขึ้นทะเบียนตำรับยาเพื่อจำหน่ายในประเทศไทย และต้องมีสำเนาใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับยาที่เสนอ (ใบสำคัญการขอขึ้นทะเบียนตำรับยา หมายถึง ทย.1, ทย.2 ในกรณีที่เป็นยาที่ผลิตในประเทศไทย) (ใบสำคัญการขอขึ้นทะเบียนตำรับยา หมายถึง ทย.1, ทย.4 ในกรณีที่เป็นยานำเข้าจากต่างประเทศ)
2. ยาที่ผลิตในประเทศไทย ผู้ผลิตต้องมีหนังสือรับรองมาตรฐานการผลิตตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาของกระทรวงสาธารณสุข (GMP) ในหมวดยาที่เสนอขาย ในกรณีที่เป็นยานำเข้าจากต่างประเทศ ผู้ผลิตต้องมีหนังสือรับรองมาตรฐานการผลิตตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตยาของประเทศผู้ผลิต
3. มีหนังสือรับรองการตรวจวิเคราะห์ยาที่นำมาเป็นตัวอย่างในการเสนอขายจากผู้ผลิตหรือจากหน่วยงานที่กระทรวงสาธารณสุขรับรอง
4. ยาที่เสนอเป็นยาที่บริษัทเป็นผู้ผลิตหรือเป็นผู้แทนจำหน่ายโดยตรง
5. มีเอกสารแสดงผลการวิเคราะห์วัตถุอันตรายของ บริษัทผู้ผลิตวัตถุอันตรายที่ผลิตเดียวกับตัวอย่างที่นำเสนอ (เพื่อดูว่ามีการตรวจหา Related substances ตามมาตรฐานวัตถุอันตรายหรือไม่) อีกข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อก็ได้

ลงชื่อ

Sar Su

(นางสาวทรายกะรัต เสริมแก้ว)

เภสัชกรชำนาญการ

จัดทำร่างขอบเขตของงาน

หรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานเภสัชกรรม กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสิลาลาด โทร ๐๔๕-๖๖๘๑๑๗

ที่ ศก ๐๐๓๒.๓๐๑.๖๒๕๐ วันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตตั้งเจ้าหน้าที่จัดทำร่างขอบเขตของงานหรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ

ที่มา

ด้วย โรงพยาบาลสิลาลาด จะดำเนินการ จัดซื้อเวชภัณฑ์ยา เพื่อใช้ในการให้บริการผู้ป่วย
จำนวน ๔ รายการ วงเงินงบประมาณ ๑๑,๖๒๐.๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกกร้อยยี่สิบบาทถ้วน)
โดยเบิกจ่ายจากเงินบำรุงโรงพยาบาลสิลาลาดประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ข้อเท็จจริงและระเบียบที่เกี่ยวข้อง

๑.ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๒๑ การซื้อ
หรือจ้างที่มีใช้การจ้างก่อสร้าง ให้หัวหน้าหน่วยงานของรัฐแต่งตั้งคณะกรรมการหรือเจ้าหน้าที่หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง
รับผิดชอบการจัดทำรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะของพัสดุ


๒.ผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ มอบอำนาจให้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ให้ดำเนินการเกี่ยวกับระเบียบ
กระทรวงการคลังเกี่ยวกับการจัดซื้อ/จัดจ้าง และการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ ทุกชั้นตอน ยกเว้น (๑) วิธีประกาศ
เชิญชวนทั่วไปโดยวิธีสอบราคา (๒) วิธีคัดเลือก ตามมาตรา ๕๖ (๑)(ข) (ค) (ง) (จ) (ฉ) (ช) และ(๓) วิธีเฉพาะเจาะจง
ตามมาตรา ๕๖ (๒)(จ) (ข) ครั้งหนึ่งวงเงินไม่เกิน ๑๐,๐๐๐,๐๐๐.-บาท (สิบล้านบาทถ้วน) (ตามคำสั่งจังหวัดศรีสะเกษ
ที่ ๔๙๔๙/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๒)

ข้อพิจารณาและข้อเสนอ

เพื่อให้การกำหนดรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะพัสดุ/รายละเอียดของร่างขอบเขตของงานดังกล่าว เป็นไปตาม
ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ ข้อ ๒๑ จึงขอแต่งตั้งคณะ
กรรมการหรือเจ้าหน้าที่หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เพื่อจัดทำรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะพัสดุ/รายละเอียดของร่างขอบเขต
ของงานเพื่อใช้สำหรับการดำเนินการซื้อ/จ้างดังกล่าว ประกอบด้วย

๑.นางสาวทรายกระรัต เสริมแก้ว ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ

โดยให้มีหน้าที่ จัดทำรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ/ร่างขอบเขตงานและกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณา
คัดเลือกข้อเสนอ โดยให้มีรายละเอียดเป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบและคำสั่งที่เกี่ยวข้อง
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ


(นางสมจิต อสีพงษ์)
เภสัชกรชำนาญการ
เจ้าหน้าที่

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ

- เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ


(นางสาววิจิตรา ทองบ่อ)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ
หัวหน้าเจ้าหน้าที่


อนุมัติ

(นายธนา คลองงาม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิลาลาด
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานเภสัชกรรม กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิลาลาด อำเภอศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ

ที่ ศก ๐๐๓๒.๓๐๑/ข ๒๕๔

วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุมัติ (/) ชื่อเวชภัณฑ์ยา (-) จ้างเหมา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิลาลาดผ่านหัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ

ด้วย กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลศิลาลาด มีความประสงค์จะขออนุมัติชื่อเวชภัณฑ์ยา เพื่อใช้ในการให้บริการผู้ป่วยที่มา
รับบริการของโรงพยาบาลศิลาลาด จึงขออนุมัติเวชภัณฑ์ยา ดังรายละเอียดดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ ที่	รายการซื้อ/จ้าง	ลักษณะ หน่วย	จำนวน หน่วย	จำนวนเงิน/ หน่วย	จำนวนเงินรวม
๑	Lorazepam ๑ mg	กล่อง	๑๐	๒๙๐.๐๐	๒,๙๐๐.๐๐
๒	Clonazepam ๒ mg.	กล่อง	๖	๕๕๐.๐๐	๓,๓๐๐.๐๐
๓	Trazodone HCL ๕๐ mg.	กล่อง	๕	๗๐๐.๐๐	๓,๕๐๐.๐๐
๔	Perphenazine ๘ mg.	กล่อง	๘	๒๔๐.๐๐	๑,๙๒๐.๐๐
รวม ๔ รายการ					๑๑,๖๒๐.๐๐

(ตัวอักษร) (หนึ่งหมื่นหนึ่งพันหกร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

โดยเบิกจ่ายจาก

(/) เงินบำรุงโรงพยาบาลศิลาลาด ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

(-) เงินอื่นๆ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

<p>เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิลาลาด - งานพัสดุได้ตรวจสอบ ขอซื้อ/จ้าง รายการถูกต้องแล้ว</p> <p>ลงชื่อ..... (นางสมจิต อสิพงษ์) เภสัชกรชำนาญการ เจ้าหน้าที่</p>	<p>เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิลาลาด - ตรวจสอบแล้วเห็นควรอนุมัติ</p> <p>ลงชื่อ..... (นางสาววิจิตรา ทองบ่อ) นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ หัวหน้าเจ้าหน้าที่/หัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป</p>	<p>อนุมัติ</p> <p>ลงชื่อ..... (นายธนา คลองงาม) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิลาลาด ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการศรีสะเกษ</p>
---	--	--

แผนชื่อและวัสดุเภสัชกรรมปีงบประมาณ 2564

รหัส	ชื่อ	ปริมาณ	หน่วย	ลักษณะ	ชนิด	ปริมาณ		ชนิด	ชนิด	ชนิด	ราคา		ราคา		ราคา		
						ปี 2563	ปี 2564				ปี 2563	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2563	ปี 2564	
34	501095	ocelint 200 mg/ml + calcium paracetamol 5 mg/5 ml + paracetamol 5 mg/5 ml + vitamin 1000 i.u./ml, 100 ml	ขวด	1	1	100	50	130	170	260	2564	1400.00	0.00	0.00	100.00	0.00	
35	873502	calcium carbonate 1 g film-coated tablet, 1 tablet	เม็ด	1	500	0	5	5	5	80	8564	650.00	0.00	0.00	420.00	0.00	
36	731650	calcium carbonate 600 mg tablet	เม็ด	1	1000	49	79	99	30	30	8564	300.00	300.00	300.00	300.00	0.00	
37	707051	calcium chloride 20 mg/100 ml + potassium chloride 30 mg/100 ml + sodium chloride 600 mg/100 ml + sodium lactate 350 mg/100 ml, solution for injection, 1, 5, 10, 20, 50, 100 ml	ขวด	1	1	0	0	0	0	0	0	8564	450.00	0.00	0.00	0.00	0.00
38	707051	calcium gluconate 0.1% mg/ml, solution for injection, 10 ml, ampoule 10 ml, ampoule 10 ml	ขวด	1	1	30	0	50	100	0	8564	500.00	0.00	0.00	500.00	0.00	
39	843971	calcium paracetamol 5 mg + paracetamol 1 mg + vitamin 5 mg + thiamine 10 mg coated tablet (active 5 coated)	เม็ด	1	1000	45	137	111	157	75	8564	4500.00	4500.00	4500.00	4500.00	4500.00	
40	707096	calcium polyglycerate subform 3 g powder for injection, 10 ml, suspension, 5 g sachet (dosage)	ขวด	1	100	0	10	0	15	0	8564	3000.00	3000.00	3000.00	3000.00	0.00	
41	111330	ceftazidime 25 mg tablet	เม็ด	1	100	30	5	0	5	5.0	8564	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
42	802355	ceftriaxone 100 mg tablet	เม็ด	1	500	5	6	7	8	2.0	8564	1200.00	0.00	0.00	1200.00	0.00	
43	836782	carbocillin 25 mg + levofloxacin 250 mg tablet	เม็ด	1	500	165	175	169	178	0.0	8564	1200.00	1200.00	1200.00	1200.00	1200.00	
44	272085	cefepime 1.0 g tablet	เม็ด	1	500	170	300	600	600	0.0	8564	40000.00	40000.00	40000.00	40000.00	40000.00	
45	802355	ceftriaxone 100 mg tablet	เม็ด	1	500	100	148	140	148	0.0	8564	1600.00	1600.00	1600.00	1600.00	1600.00	
46	509302	ceftriaxone 1 g powder for injection, 1 vial, 10 ml	ขวด	1	1	175	2900	2733	2550	132.8	8564	11400.00	620	11400.00	620	11400.00	
47	509307	ceftriaxone 1 g powder for injection, 1 vial, 10 ml	ขวด	1	1	2728	5100	4655	4550	30.0	8564	14875.00	1600	16000.00	1600	16000.00	
48	826669	ceftriaxone 1 g/100 ml, eye drops, solution, 10 ml	ขวด	1	500	12	38	38	66	34.0	8564	2800.00	0	2800.00	0	2800.00	
49	524664	ceftriaxone 1 g/100 ml + ibuprofen 2 g/100 ml, eye drops, solution, 10 ml	ขวด	1	1	0	0	0	0	0.0	8564	276.00	0.00	0.00	276.00	0.00	
50	810011	ceftriaxone 5 mg/ml, eye drops, solution, 10 ml	ขวด	1	1	300	0.68	312	432	70.0	8564	1400.00	1400.00	1400.00	1400.00	0.00	
51	812747	ceftriaxone 4 g/100 ml, ceftriaxone solution, 200 ml	ขวด	1	1	2	52	38	72	12.0	8564	24600.00	0	0.00	24600.00	12	
52	843945	chlorhexidine gluconate 120 mg/100 ml, mouthwash, 40 ml, 0.2% w/v	ขวด	1	1	30	80	50	100	50.0	8564	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
53	381207	chloroquine 250 mg tablet, 1 tablet	เม็ด	1	1000	5	13	16	12	2.0	8564	4300.00	0.00	0.00	4300.00	0.00	
54	826666	chlorpromazine 50 mg/ml, solution for injection, 1 ml, ampoule 1 ml, ampoule 1 ml	ขวด	1	1	205	205	485	400	6.0	8564	290.00	0.00	0.00	290.00	0.00	
55	808339	chlorpromazine 50 mg/ml, solution for injection, 10 ml, ampoule 10 ml, ampoule 10 ml	ขวด	1	1	200	200	1000	2000	30.0	8564	4500.00	0.00	0.00	4500.00	0.00	
56	808339	chlorpromazine 50 mg/ml, solution for injection, 10 ml, ampoule 10 ml, ampoule 10 ml	ขวด	1	1000	65	64	50	49	30.0	8564	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
57	808339	chlorpromazine 100 mg coated tablet, 1 tablet, 1 tablet	เม็ด	1	500	30	10	9	12	3.0	8564	3200.00	0	0.00	3200.00	0	
58	808339	chlorpromazine 25 mg coated tablet, 1 tablet, 1 tablet	เม็ด	1	1000	2	3	4	5	3.0	8564	420.00	0	0.00	420.00	0	
59	808339	chlorpromazine 50 mg coated tablet, 1 tablet, 1 tablet	เม็ด	1	1000	4	7	8	8	4.0	8564	1600.00	0	0.00	1600.00	0	
60	808339	chlorpromazine 25 mg tablet	เม็ด	2	500	3	8	7	8	3.0	8564	3000.00	0.00	0.00	3000.00	0.00	
61	371278	chlorpromazine 250 mg film-coated tablet	เม็ด	1	100	50	35	15	30	20.0	8564	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
62	808339	chlorpromazine 100 mg coated tablet, 1 tablet	เม็ด	1	800	4	14	15	30	0.8	8564	9100.00	10.00	2600.00	10.00	9100.00	
63	550219	chlorpromazine 100 mg/ml, solution for injection, 4 ml	ขวด	1	1	1	1	1	1	1.0	8564	664.00	300.00	664.00	300.00	664.00	
64	650005	chlorpromazine 50 mg/ml, solution for injection, 1 ml, ampoule 1 ml, ampoule 1 ml	ขวด	1	1	84	48	0	72	6.0	8564	848.00	34.00	848.00	34.00	848.00	
65	290910	chlorpromazine 2 mg tablet	เม็ด	1	500	10	8	13	15	0.0	8564	2000.00	0.00	2000.00	0.00	2000.00	

ลงนาม..... (นาย.....) ผู้ประสานงาน

ลงนาม..... (นาย.....) ผู้ควบคุมงาน

ឈ្មោះធនធានវេជ្ជសាស្ត្រក្នុងប្រតិបត្តិការ 2564

លេខសម្គាល់	ឈ្មោះធនធានវេជ្ជសាស្ត្រ	កម្រិត	ឈ្មោះធនធានវេជ្ជសាស្ត្រ	ថ្លៃប្រតិបត្តិការ 30		ធានា	ឈ្មោះ	ឈ្មោះ	ឈ្មោះ	ឈ្មោះ	ឈ្មោះ	ឈ្មោះ	ឈ្មោះ	ឈ្មោះ	ឈ្មោះ	ឈ្មោះ	ឈ្មោះ	ឈ្មោះ	ឈ្មោះ	
				ថ្លៃ	ថ្លៃ															
245	ធនធានវេជ្ជសាស្ត្រ	1	ធនធានវេជ្ជសាស្ត្រ	1117	1349	ថ្លៃ 2564	ថ្លៃ 2564	ថ្លៃ 2564	ថ្លៃ 2564	ថ្លៃ 2564	ថ្លៃ 2564	ថ្លៃ 2564	ថ្លៃ 2564	ថ្លៃ 2564	ថ្លៃ 2564	ថ្លៃ 2564	ថ្លៃ 2564	ថ្លៃ 2564	ថ្លៃ 2564	ថ្លៃ 2564

សម្រាប់ (ឈ្មោះធនធានវេជ្ជសាស្ត្រ)
(ឈ្មោះធនធានវេជ្ជសាស្ត្រ)

แผนข้อมูลและข้อมูลสารกรมป้องกันโรค 2564

รหัสยา (Code)	ชื่อการค้า (Trade Name)	ขนาดยา (Strength)	ชนิดยา (Form)	ปริมาณที่ใช้ (Dose)		ความถี่ (Frequency)	ระยะเวลา (Duration)	จำนวนกล่อง (Quantity)	ราคาต่อกล่อง (Price/Box)	ราคาต่อหน่วย (Price/Unit)	งบกลาง (Public Budget)		งบอื่น (Other Budget)		รวม (Total)
				ปี 2564 (FY2021)	ปี 2565 (FY2022)						งบกลาง (Public Budget)	งบอื่น (Other Budget)			
207	Amoxicillin 500 mg tablet	500 mg	Tablet	278	256	2x	7	20,544	11,945.10	70.00	11,945.10	0.00	0.00	11,945.10	0.00
208	Amoxicillin 5 mg coated tablet	5 mg	Tablet	5	2	5x	2	2,000	413.00	82.60	413.00	0.00	0.00	413.00	0.00
209	Amoxicillin 8 mg coated tablet	8 mg	Tablet	12	12	3x	3	3,600	1,000.00	300.00	1,000.00	0.00	0.00	1,000.00	0.00
210	Amoxicillin hydrochloride 30 mg/5 mL for injection, 1 mL	30 mg/5 mL	Injection	30	30	5x	5	1,500	45.00	30.00	45.00	0.00	0.00	45.00	0.00
211	Amoxicillin 60 mg tablet	60 mg	Tablet	5	4	5x	4	1,000	138.40	60.00	138.40	0.00	0.00	138.40	0.00
212	Amoxicillin sodium 100 mg capsule	100 mg	Capsule	13	24	2x	24	25,200	429.00	17.92	429.00	0.00	0.00	429.00	0.00
213	Amoxicillin sodium 250 mg/5 mL for injection	250 mg/5 mL	Injection	34	120	3x	3x	1,080	191.00	63.67	191.00	0.00	0.00	191.00	0.00
214	Amoxicillin sodium 10 mg/5 mL for injection, 1 mL, 3x/6 H	10 mg/5 mL	Injection	20	30	3x	3x	600	13.00	6.50	13.00	0.00	0.00	13.00	0.00
215	Amoxicillin sodium 30 mg tablet, 1 tablet	30 mg	Tablet	92	273	2x	273	31,500	64.00	19.00	64.00	0.00	0.00	64.00	0.00
216	Amoxicillin sodium 200 mg/5 mL concentrate for solution for injection, 10 mL	200 mg/5 mL	Injection	39	300	5x	5x	1,500	1.00	0.33	1.00	0.00	0.00	1.00	0.00
217	Amoxicillin sodium 300 mg tablet	300 mg	Tablet	9	12	3x	12	1,080	8.00	3.00	8.00	0.00	0.00	8.00	0.00
218	Amoxicillin sodium 10 g/100 mL, 30 mL bottle	10 g/100 mL	Bottle	84	24	3x	24	1,920	13.00	10.00	13.00	0.00	0.00	13.00	0.00
219	Amoxicillin sodium 10 g/100 mL, 400 mL bottle	10 g/100 mL	Bottle	71	72	4x	72	7,200	92.00	30.00	92.00	0.00	0.00	92.00	0.00
220	Amoxicillin sodium 1 g powder for solution for injection, 1 mL	1 g	Injection	0	2	0	2	200	100.00	50.00	100.00	0.00	0.00	100.00	0.00
221	Amoxicillin sodium 400 mg film-coated tablet	400 mg	Tablet	2	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
222	Amoxicillin sodium 3 mg tablet	3 mg	Tablet	22	37	3x	37	1,110	175.30	70.30	175.30	0.00	0.00	175.30	0.00
223	Amoxicillin sodium hydrochloride 10 mg film-coated tablet	10 mg	Tablet	30	30	5x	30	3,000	43.00	14.33	43.00	0.00	0.00	43.00	0.00
224	Amoxicillin sodium hydrochloride 30 mg tablet	30 mg	Tablet	30	27	3x	27	2,700	23.00	19.26	23.00	0.00	0.00	23.00	0.00
225	Amoxicillin sodium hydrochloride 200 mg/5 mL for injection, 5 mL (EBC)	200 mg/5 mL	Injection	19	15	1x	15	1,500	5.00	3.33	5.00	0.00	0.00	5.00	0.00
226	Amoxicillin sodium hydrochloride 2.5 g powder and solution for solution	2.5 g	Injection	1	1	1x	1	100	100.00	100.00	100.00	0.00	0.00	100.00	0.00
227	Amoxicillin sodium 130 mg film-coated tablet	130 mg	Tablet	194	195	1x	195	19,500	35.00	18.00	35.00	0.00	0.00	35.00	0.00
228	Amoxicillin sodium 1 mg film-coated tablet	1 mg	Tablet	75	205	2x	205	2,050	100.00	30.00	100.00	0.00	0.00	100.00	0.00
229	Amoxicillin sodium 2 mg film-coated tablet	2 mg	Tablet	200	300	3x	300	3,000	40.00	13.33	40.00	0.00	0.00	40.00	0.00
230	Amoxicillin sodium 150 mg film-coated tablet	150 mg	Tablet	51	50	6x	50	5,000	71.40	28.57	71.40	0.00	0.00	71.40	0.00
231	Amoxicillin sodium 100 mg/5 mL prepackaged injection, suspension, 200 dose sachet, 200 dose sachet, 200 dose sachet	100 mg/5 mL	Injection	79	60	7x	60	6,000	56.58	19.19	56.58	0.00	0.00	56.58	0.00
232	Amoxicillin sodium 2 mg tablet	2 mg	Tablet	3	5	2	5	1,000	100.00	20.00	100.00	0.00	0.00	100.00	0.00
233	Amoxicillin sodium 500 mg/100 mL, non-sterile solution, 20 mL	500 mg/100 mL	Injection	25	17	2x	17	1,700	30.00	17.65	30.00	0.00	0.00	30.00	0.00
234	Amoxicillin sodium 50 mg film-coated tablet	50 mg	Tablet	45	150	2x	150	1,500	60.00	40.00	60.00	0.00	0.00	60.00	0.00
235	Amoxicillin sodium 1 g/100 mL, 25 g sachet, 25 g	1 g/100 mL	Injection	102	156	3x	156	1,560	15.00	10.00	15.00	0.00	0.00	15.00	0.00
236	Amoxicillin sodium 80 mg chewable tablet	80 mg	Tablet	107	97	1x	97	9,700	142.85	142.85	142.85	0.00	0.00	142.85	0.00
237	Amoxicillin sodium 10 mg film-coated tablet	10 mg	Tablet	195	91	9x	91	9,100	46.00	33.00	46.00	0.00	0.00	46.00	0.00
238	Amoxicillin sodium 40 mg film-coated tablet	40 mg	Tablet	170	240	2x	240	2,400	100.00	33.33	100.00	0.00	0.00	100.00	0.00
239	Amoxicillin sodium 300 mg tablet	300 mg	Tablet	142	212	2x	212	2,120	15.00	10.00	15.00	0.00	0.00	15.00	0.00
240	Amoxicillin sodium 7.5 g/100 mL, solution for injection, 50 mL, ampoule	7.5 g/100 mL	Injection	45	59	1x	59	5,900	30.00	50.00	30.00	0.00	0.00	30.00	0.00
241	Sodium Chloride 600 mg tablet	600 mg	Tablet	0	6	0	6	600	100.00	16.67	100.00	0.00	0.00	100.00	0.00
242	Sodium Chloride 15 g/100 mL, normal solution, 10 mL, bottle, 10 mL	15 g/100 mL	Injection	50	50	1x	50	5,000	6.00	3.00	6.00	0.00	0.00	6.00	0.00
243	Sodium Chloride 15 g/100 mL, normal solution, 20 mL, bottle, 20 mL	15 g/100 mL	Injection	120	180	1x	180	1,800	15.00	8.33	15.00	0.00	0.00	15.00	0.00
244	Sodium Chloride 3 g/100 mL, solution for injection, 300 mL, bottle, 500 mL	3 g/100 mL	Injection	13	47	0	47	4,700	360.00	10.00	360.00	0.00	0.00	360.00	0.00

ลงชื่อ..... (นาย.....) ผู้ตรวจการแผ่นดิน

ลงชื่อ..... (นาย.....) ผู้อำนวยการ