



ประกาศโรงพยาบาลสิชล

เรื่อง ประกาศเชิญชวนเสนอราคาเวชภัณฑ์ยา จำนวน ๕๓๕ รายการ

ด้วย โรงพยาบาลสิชล มีความประสงค์จะพิจารณาราคาเวชภัณฑ์ยา จำนวน ๕๓๕ รายการ  
ดังนั้นจึงมีความประสงค์เชิญชวนผู้ประกอบการเข้าร่วมการเสนอราคาต่อโรงพยาบาลสิชล  
สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสิชล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช หรือ  
สอบถามทางโทรศัพท์หมายเลข ๐ ๗๕๓๓ ๕๘๐๐ ต่อ ๑๖๑ (ในวันหยุดราชการ) โดยมีกำหนดการดังนี้  
วันที่ยื่นของพร้อมตัวอย่างเวชภัณฑ์ยา วันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ - ๓๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙  
เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ คลังเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลสิชล  
วันที่พิจารณาราคา วันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๕๙ - ๙ ธันวาคม ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.  
ณ ห้องประชุม ๓ โรงพยาบาลสิชล  
โดยให้เสนอเอกสาร หลักฐานดังต่อไปนี้

๑. เอกสารแนบท้ายเอกสารพิจารณาราคาเวชภัณฑ์ยา
๒. คุณสมบัติของผู้เสนอราคา
๓. หลักฐานการเสนอราคา
๔. การเสนอราคา
๕. หลักฐานการเสนอราคา
๖. จำนวนตัวอย่างยา  
(รายละเอียดตามเอกสารในการยื่นของพิจารณาราคา)

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

(นายอาร์กซ์ วงศ์วรชาติ)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล

ที่ นศ ๐๐๓๒.๒/ว ๕๕๕๑



โรงพยาบาลสิชล  
๑๘๙ หมู่ที่ ๕ ตำบลสิชล อำเภอสิชล  
จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๑๒๐

๑๑ ตุลาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความร่วมมือเสนอราคาเวชภัณฑ์ยา

เรียน

ด้วย โรงพยาบาลสิชล มีความประสงค์จะพิจารณาราคาเวชภัณฑ์ยา จำนวน ๕๓๕ รายการ โดยมีกำหนดการดังนี้

วันที่ยื่นซองพร้อมตัวอย่างเวชภัณฑ์ยา วันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ - ๓๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ คลังเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลสิชล

วันที่พิจารณาราคา วันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๕๙ - ๙ ธันวาคม ๒๕๕๙ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุม ๓ โรงพยาบาลสิชล

โดยให้เสนอเอกสาร หลักฐานดังต่อไปนี้

๑. เอกสารแนบท้ายเอกสารพิจารณาราคาเวชภัณฑ์ยา
๒. คุณสมบัติของผู้เสนอราคา
๓. หลักฐานการเสนอราคา
๔. การเสนอราคา
๕. หลักเกณฑ์และสิทธิในการพิจารณาราคา
๖. จำนวนตัวอย่างยา

(รายละเอียดตามเอกสารในการยื่นซองพิจารณาราคา)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือมายังท่าน เพื่อพิจารณาเสนอราคาให้กับทางโรงพยาบาลสิชลเพื่อประกอบการพิจารณาดำเนินการพิจารณาราคาเวชภัณฑ์ยา ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายอารักษ์ วงศ์วรชาติ)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล

กลุ่มงานเภสัชกรรม

โทร. ๐ ๗๕๓๓ ๕๘๐๐-๔ ต่อ ๑๖๑

โทรสาร ๐ ๗๕๕๓ ๖๓๘๑

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ [Sichonphar@gmail.com](mailto:Sichonphar@gmail.com)

[www.sichon-hospital.com](http://www.sichon-hospital.com)

## เอกสารในการยื่นขอพิจารณาราคา

โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช มีความประสงค์ จะพิจารณาราคาเวชภัณฑ์ยา จำนวน ๕๓๕ รายการ (ตามเอกสารแนบท้าย)

ซึ่งเวชภัณฑ์ยาที่จะซื้อนี้จะต้องเป็นของแท้ ของใหม่ไม่เคยใช้งานมาก่อน ไม่เป็นของเก่า อยู่ในสภาพที่จะใช้งานได้ทันทีและมีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ในเอกสารสิบลาคาฉบับนี้ โดยมีข้อกำหนด ดังต่อไปนี้

๑. เอกสารแนบท้ายเอกสารพิจารณาราคาเวชภัณฑ์ยา
  - ๑.๑ แบบใบเสนอราคา
  - ๑.๒ รายการเวชภัณฑ์ยาพิจารณาราคาโรงพยาบาลสิชล
๒. คุณสมบัติของผู้เสนอราคา
  - ๒.๑ ผู้เสนอราคาต้องเป็นผู้มีอาชีพขายเวชภัณฑ์ยาที่พิจารณาราคา
  - ๒.๒ ผู้เสนอราคาต้องไม่เป็นผู้ที่ถูกระบุชื่อไว้ในบัญชีรายชื่อผู้ทำงานของทางราชการและได้แจ้งเวียนชื่อแล้ว หรือไม่เป็นผู้ที่ได้รับผลของการสั่งให้ตัดบุคคลหรือบุคคลอื่นเป็นผู้ทำงานของทางราชการ
  - ๒.๓ ผู้เสนอราคาต้องไม่เป็นผู้มีผลประโยชน์ร่วมกันกับผู้เสนอราคารายอื่น ณ วันประกาศพิจารณาราคา หรือไม่เป็นผู้กระทำการอันเป็นการขัดขวางการแข่งขันราคาอย่างเป็นธรรม
  - ๒.๔ ผู้เสนอราคาต้องไม่เป็นผู้ได้รับเอกสิทธิ์หรือความคุ้มกัน ซึ่งอาจปฏิเสธไม่ยอมขึ้นศาลไทย เว้นแต่รัฐบาลของผู้เสนอราคาได้มีคำสั่งให้สละสิทธิ์และความคุ้มกันเช่นนั้น
๓. หลักฐานการเสนอราคา
  - ๓.๑ ผู้เสนอราคาเวชภัณฑ์ยาจะต้องเสนอราคา พร้อมเอกสารหลักฐาน ดังนี้คือ
    - ๑) ใบเสนอราคาที่มีรวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว และบัญชีรายการและจำนวนตัวอย่างที่ยื่นเสนอ
    - ๒) สำเนาใบทะเบียนการค้า (ทย ๑, ทย ๒, ทย ๓, ทย ๔)
    - ๓) สำเนาใบรับรอง GMP หรือใบ Certificate of Pharmaceutical product
    - ๔) สำเนาใบวิเคราะห์คุณภาพวัตถุดิบของผู้ผลิต และใบวิเคราะห์คุณภาพวัตถุดิบของแหล่งวัตถุดิบ
    - ๕) สำเนาใบวิเคราะห์คุณภาพของผลิตภัณฑ์ ในยาสูบที่ส่งเป็นตัวอย่าง
    - ๖) เอกสารแสดงการศึกษาความคงตัวของยา (Long term stability test)
    - ๗) เอกสารแสดงการศึกษา Bioavailability, Bioequivalence
    - ๘) ตัวอย่างยาที่เสนอ (ตามเอกสารแนบท้าย)
๔. การเสนอราคา
  - ๔.๑ ผู้เสนอราคาต้องยื่นเสนอราคาตามแบบที่กำหนดไว้ในเอกสารพิจารณาราคานี้โดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ ทั้งสิ้น และจะต้องกรอกข้อความให้ถูกต้องครบถ้วน ลงลายมือชื่อของผู้เสนอราคาให้ชัดเจน จำนวนเงินที่เสนอต้องระบุตรงกันทั้งตัวเลขและตัวอักษร โดยไม่มีการชดเชบหรือแก้ไข หากมีการชดเชบ ตก เต็ม แก้ไขเปลี่ยนแปลง จะต้องลงลายมือชื่อผู้เสนอราคาพร้อมประทับตรา (ถ้ามี) กำกับไว้ทุกแห่ง
  - ๔.๒ ผู้เสนอราคาจะต้องเสนอราคาเป็นเงินบาท และเสนอราคาเพียงราคาเดียว โดยเสนอราคารวม และหรือราคาต่อหน่วย และหรือต่อรายการ ตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ท้ายใบเสนอราคาให้ถูกต้อง ทั้งนี้ราคารวมที่เสนอจะต้องตรงกันทั้งตัวเลขและตัวหนังสือ ถ้าทั้งตัวเลขและตัวหนังสือไม่ตรงกันให้ถือตัวหนังสือเป็นสำคัญ โดยคิดราคารวมทั้งสิ้นซึ่งรวมค่าภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอากรอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียนและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ทั้งปวงจนกระทั่งส่งมอบยาให้ ณ โรงพยาบาลสิชล  
ราคาที่เสนอจะต้องกำหนดวันยื่นราคาไม่น้อยกว่า ๓๖๕ วัน นับแต่วันเปิดใบเสนอราคาโดยภายในกำหนดยื่นราคาผู้เสนอราคาต้องรับผิดชอบราคาที่ตนได้เสนอไว้ และจะถอนการเสนอราคามีได้

๔.๓ ผู้เสนอราคาจะต้องยื่นซองใบเสนอราคาที่เปิดผนึกของเรียบร้อย จ่าหน้าซองถึงประธานกรรมการ พิจารณาราคาเวชภัณฑ์ยาโรงพยาบาลสิชล โดยระบุไว้ที่หน้าซองว่า “ใบเสนอราคาเวชภัณฑ์ยา รายการที่.....” (รายการที่หมายถึง ลำดับรายการตามรายการการพิจารณาเวชภัณฑ์ยา ตาม เอกสารแนบท้าย) ส่งถึง / ยื่นซอง ณ คลังเวชภัณฑ์ (พิจารณาราคาเวชภัณฑ์ยา) โรงพยาบาลสิชล วันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ - ๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ระหว่างเวลา ๐๙.๐๐ น. ถึง ๑๖.๐๐ น. ในวันและเวลาราชการ ณ คลังเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลสิชล เมื่อพ้นกำหนดเวลายื่นซองแล้วคณะกรรมการ จะไม่รับซองใบเสนอราคา

๕. หลักเกณฑ์และสิทธิในการพิจารณาราคา

๕.๑ ในการพิจารณาราคานี้ คณะกรรมการจะตรวจสอบคุณสมบัติประกอบราคาที่เหมาะสม

๕.๒ หากผู้เสนอราคารายใดมีคุณสมบัติไม่ถูกต้อง หรือยื่นหลักฐานการเสนอราคาไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน คณะกรรมการฯ จะไม่พิจารณาราคาของผู้เสนอรายนั้นเว้นแต่เป็นข้อผิดพลาดหรือผิดพลาดเพียงเล็กน้อย หรือผิดพลาดไปจากเงื่อนไขของเอกสารสอบราคาในส่วนที่มีสาระสำคัญ ทั้งนี้ เฉพาะในกรณีที่พิจารณาเห็นว่าจะเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลสิชลและราชการ เท่านั้น

๕.๓ โรงพยาบาลสิชล สงวนสิทธิไม่พิจารณาราคาของผู้เสนอราคาโดยไม่มีการผ่อนผันในกรณีดังต่อไปนี้

- ๑) ไม่ปรากฏชื่อผู้เสนอราคารายนั้น ในหลักฐานการรับเอกสาร ก่อนวันเปิดซองเสนอราคา
- ๒) ไม่กรอกชื่อนิติบุคคล (บุคคลธรรมดา) หรือลงลายมือชื่อผู้เสนอราคาอย่างหนึ่งอย่างใดหรือทั้งหมด ในใบเสนอราคา
- ๓) เสนอรายละเอียดแตกต่างไปจากเงื่อนไขที่กำหนดในเอกสารสืบราคาที่เป็นสาระสำคัญหรือมีผลทำให้เกิดความได้เปรียบเสียเปรียบแก่ผู้เสนอราคารายอื่น
- ๔) ราคาที่เสนอมีการขูดลบ ตก เต็ม แก้ไข เปลี่ยนแปลงโดยผู้เสนอราคามีได้ลงลายมือชื่อพร้อมประทับตรา (ถ้ามี) กำกับไว้

๕.๔ ในการตัดสินการพิจารณาราคาหรือในการทำสัญญา คณะกรรมการฯ มีสิทธิให้ผู้เสนอราคาชี้แจงข้อเท็จจริง สภาพ ฐานะ หรือข้อเท็จจริงอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับผู้เสนอราคาได้ โรงพยาบาลสิชล มีสิทธิที่จะไม่รับราคาหากหลักฐานดังกล่าวไม่มีความเหมาะสมหรือไม่ถูกต้อง

๕.๕ โรงพยาบาลสิชล ทรงไว้ซึ่งสิทธิที่จะไม่รับราคาต่ำสุด หรือราคาหนึ่งราคาใด หรือราคาที่เสนอทั้งหมดก็ได้ และอาจพิจารณาเลือกซื้อในจำนวนหรือขนาดหรือเฉพาะรายการหนึ่งรายการใด หรืออาจยกเลิกการสืบราคาโดยไม่พิจารณาจัดซื้อเลยก็ได้แต่พิจารณา ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของทางราชการเป็นสำคัญและให้ถือว่าการตัดสินของโรงพยาบาลสิชล เป็นเด็ดขาด ผู้เสนอราคาจะเรียกร้องค่าเสียหายใด ๆ มิได้ รวมทั้งโรงพยาบาลสิชล จะพิจารณายกเลิกการสืบราคาและลงโทษผู้เสนอราคาเป็นผู้ทำงานไม่ว่าจะเป็นผู้เสนอราคาที่ได้รับการคัดเลือกหรือไม่ก็ตามหากมีเหตุที่เชื่อได้ว่าการเสนอราคากระทำโดยไม่สุจริตเช่น การเสนอราคาอันเป็นเท็จ หรือใช้ชื่อบุคคลธรรมดาหรือ นิติบุคคลอื่นมาเสนอราคาแทน เป็นต้น

๕.๖ ผู้เสนอราคาต้องชำระเงินค่าใช้จ่ายในการตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด ในกรณีที่ผู้ซื้อต้องการตรวจวิเคราะห์ยาของบริษัทนั้น และต้องส่งยามาทดแทนในจำนวนที่เท่ากับยาที่ส่งตรวจวิเคราะห์

๕.๗ บริษัทที่ได้รับการคัดเลือก ต้องแนบใบวิเคราะห์ยามาด้วยทุกครั้งที่มีการจัดส่งยาและยาที่จัดส่งต้องมีอายุคงเหลือไม่น้อยกว่า ๑๒ เดือน

จำนวนตัวอย่างยา

ตัวอย่างยา ต้องส่งพร้อมบรรจุภัณฑ์ที่จำหน่ายจริง จำนวนดังนี้

๑. ยารีด ต้องมีวันหมดอายุแสดงที่ภาชนะบรรจุทุก ampule หรือทุก vial  
ชนิดบรรจุหลอดแก้ว (Ampule) จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ หลอด  
ชนิดบรรจุขวด (Vial,Bottle) จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ ขวด
๒. ยาเม็ด ยาเม็ดให้เสนอราคาทั้งแบบเม็ดร่วนและแบบแผง หากบรรจุใน Foil หรือ Blister ต้องแสดงรุ่นที่ผลิตและวันหมดอายุที่แผง  
ชนิดแคปซูล (Capsule) จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐ แคปซูล  
ชนิดเม็ด (Tablet) จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐ เม็ด
๓. ยาน้ำภายใน / ภายนอก ยาทาภายนอกเสนอราคาทั้งแบบแอม / ไม้แอม ตลับ และสามารถเลือกขนาดตลับในการสั่งซื้อแต่ละครั้ง  
ชนิดบรรจุขวด (Bottle) จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ ขวด  
ชนิดบรรจุแกลลอน (Gallon) จำนวนไม่น้อยกว่า ๑ แกลลอน  
ชนิดครีม/เจล บรรจุหลอด (Tube) จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ หลอด
๔. ยาพ่น เสนอราคาพร้อมอุปกรณ์พ่น (Specer)  
ยาพ่น จำนวนไม่น้อยกว่า ๓ ชุด (๓ set)
๕. ยาชนิดผง  
ยาซอง จำนวนไม่น้อยกว่า ๕ ซอง
๖. สารละลายที่ให้ทางหลอดเลือด จำนวนอย่างน้อย ๒ ถุง (๒ bags)

ใบเสนอราคา

เรียน ประธานคณะกรรมการพิจารณาราคาเวชภัณฑ์ยา

๑. ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ..... อยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ ..... ในนาม ..... ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... โทรศัพท์ ..... เบอร์โทร (ผู้แทน) .....

ผู้ลงนามข้างท้ายนี้ ได้พิจารณาเงื่อนไขต่าง ๆ ในเอกสารยื่นซองพิจารณาราคายาโดยตลอดและยอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขแล้ว รวมทั้งรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ตามที่กำหนด และไม่เป็นผู้ทำงานของทางราชการ

๒. ข้าพเจ้าขอเสนอราคาเวชภัณฑ์ยา รวมทั้งบริการซึ่งกำหนดไว้ในเอกสารพิจารณาราคา ตามราคาและกำหนดเวลาส่งมอบ ดังต่อไปนี้

| ลำดับ | รายการ | รูปแบบ | ส่วนประกอบ | ขนาดบรรจุ/หน่วยนับ | ราคาต่อหน่วยบรรจุ | ชื่อการค้า | ประเทศที่ผลิต | แหล่งวัตถุดิบ |
|-------|--------|--------|------------|--------------------|-------------------|------------|---------------|---------------|
|       |        |        |            |                    |                   |            |               |               |
|       |        |        |            |                    |                   |            |               |               |
|       |        |        |            |                    |                   |            |               |               |
|       |        |        |            |                    |                   |            |               |               |
|       |        |        |            |                    |                   |            |               |               |

- ๓. ราคาที่เสนอ ยื่นราคา ๓๖๕ วัน นับแต่วันที่เสนอราคานี้ และกำหนดส่งมอบไม่เกิน ๓๐ วัน ตั้งแต่ได้รับใบสั่งซื้อ
- ๔. บรรดาหลักฐานประกอบการพิจารณา เช่น แคตตาล็อก แบบรูป รายละเอียดยา ตัวอย่างยา ซึ่งข้าพเจ้าได้ส่งให้แก่โรงพยาบาลสิชล พร้อมใบเสนอราคา ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลสิชล ไว้เป็นเอกสารของทางราชการ
- ๕. ข้าพเจ้าได้ตรวจทานตัวเลข และตรวจสอบเอกสารต่าง ๆ ที่ได้ยื่นพร้อมใบเสนอราคานี้โดยละเอียดแล้ว และเข้าใจดีว่าโรงพยาบาลสิชล ไม่ต้องรับผิดชอบใด ๆ ในความผิดพลาดหรือตกหล่น
- ๖. ใบเสนอราคานี้ได้ยื่นเสนอโดยบริสุทธิ์ยุติธรรมและปราศจากการฉ้อฉล หรือการสมรู้ร่วมคิดกันโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายกับบุคคลหนึ่ง บุคคลใด หรือหลายบุคคล หรือกับหุ้นส่วน/บริษัทใด ๆ ที่ได้ยื่นเสนอราคาในคราวเดียวกัน

เสนอ มา ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

ประทับตาม (ถ้ามี)