

ที่ นธ ๐๐๓๓.๑๑๗/๑๕๓๒



โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์
๑๘๐ ถนนระแงะมรรคา ตำบลบางนาค
อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส ๙๖๐๐๐

๒๑

กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

เรื่อง ขอเชิญเสนอราคาวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์

เรียน ผู้จัดการบริษัท/ห้างหุ้นส่วนจำกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายละเอียดประกอบการเสนอราคา

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย คณะกรรมการและคณะทำงานจัดหาวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมกันจังหวัดนราธิวาส ประจำปี ๒๕๖๘ - ๒๕๖๙ มีความประสงค์สืบราคาวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อประกอบการจัดหาสำหรับ สถานบริการสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส จำนวน ๒๔ รายการ ดังรายละเอียดที่ส่งมาด้วย

จังหวัดนราธิวาส จึงขอเชิญบริษัท/ห้างหุ้นส่วนจำกัด ร่วมเสนอราคารายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยโรงพยาบาลแต่ละแห่ง จะดำเนินการสั่งซื้อโดยตรงจากบริษัท/ห้างหุ้นส่วนจำกัด ทั้งนี้ ท่านสามารถดูรายละเอียดได้ทางเว็บไซต์ www.ntwo.moph.go.th และยื่นขอเสนอราคาได้จนถึงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ ตามรายละเอียดที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางเพ็ญแข รถมณี)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)

ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก

โทร ๐ ๗๓๕๑ ๐๕๖๓

E-mail : Lab.narathiwat@gmail.com

รายละเอียดประกอบการเสนอราคา

เพื่อการจัดหาวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์สีบร่วมจังหวัดนราธิวาส ปี ๒๕๖๘

ประกอบด้วย

๑. ใบเสนอราคาจัดหาวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์สีบร่วมจังหวัดนราธิวาส ปี ๒๕๖๘
๒. แบบเสนอข้อมูลการจัดหาวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์สีบร่วมจังหวัดนราธิวาส ปี ๒๕๖๘
๓. เงื่อนไขจ้างบริษัท
๔. รายละเอียดจำนวนตัวอย่างเพื่อการทดลองใช้

๑.ใบเสนอราคาจัดทำวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์สืบทอดจากรัฐบาล ปี ๒๕๖๘

ข้าพเจ้า.....ผู้มีอำนาจเสนอราคาของบริษัท/หจก.....

ชื่อบริษัท/หจก. ผู้จำหน่าย.....

สำนักงานเลขที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

โทรศัพท์.....เลขที่ทะเบียนการค้า.....ขอเสนอราคาตามรายการข้างล่างนี้

โดยยืนยันราคาไม่น้อยกว่า ๒ ปี นับจาก วันที่ประกาศผลการพิจารณาและส่งมอบวัสดุการแพทย์ภายใน ๓๐ วัน

นับจากวันที่ออกใบสั่งซื้อและราคาที่เสนอรวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว

ลำดับ	รายการ	หน่วย บรรจุ	ชื่อการค้า	ราคา/หน่วย	หมายเหตุ
๑	แถบตรวจน้ำตาลในเลือดพร้อมเครื่องและเข็มเจาะ				
๒	แถบตรวจปัสสาวะชนิด๑๔แถบ พร้อมเครื่องอ่าน อัตโนมัติ(UA, micro albumin)				
๓	ชุดทดสอบHs Troponin I แบบกึ่งอัตโนมัติ				
๔	ชุดทดสอบ Troponin I (POCT)				
๕	ชุดทดสอบ Troponin T (POCT)				
๖	ชุดทดสอบDengueNS๑Ag ชนิดกลับ				
๗	ชุดทดสอบFOB ชนิดกลับ				
๘	ชุดทดสอบHepatitis B surface Antigen ชนิดกลับ				
๙	ชุดทดสอบHepatitis B surface Antibody ชนิดกลับ				
๑๐	ชุดทดสอบHepatitis C Virus Antibody ชนิดกลับ				
๑๑	ชุดทดสอบ HIV Ag/Ab combo Rapid test (๔rd generation)				
๑๒	ชุดทดสอบ influenza A/B แบบกลับ				
๑๓	ชุดทดสอบ syphilis (Antibody) แบบกลับ				

ลำดับ	รายการ	หน่วย บรรจุ	ชื่อการค้า	ราคา/หน่วย	หมายเหตุ
๑๔	ชุดทดสอบ Methamphetamine แบบตลับ				
๑๕	ชุดทดสอบMorphine แบบตลับ				
๑๖	ชุดทดสอบTHC แบบตลับ				
๑๗	แถบทดสอบการตั้งครรภ์ ขนาด ๕min				
๑๘	แถบตรวจปัสสาวะ ชนิด๒ แถบ(Protein ,Sugar)				
๒๐	ชุดน้ำยาทดสอบธาลัสซีเมีย OF				
๒๑	หลอด Clote Activated Vacuums ขนาด ๔ ml				
๒๒	หลอด Micro-EDTA ขนาด ๐.๕ ml				
๒๓	หลอด NaF vacuums ขนาด ๓ ml				
๒๔	หลอด ๓.๒%Na-citrate vacuums ขนาด ๓ ml				

ลงชื่อ.....ผู้เสนอราคา

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์มือถือ.....

****หากบริษัทมีเงื่อนไขอื่นๆให้แจ้งรายละเอียดแนบส่งมาด้วย**

๒. แบบเสนอข้อมูลการจัดหาวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์สัปดาห์จังหว็ดนราธิวาสปี ๒๕๖๘

เสนอเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน.....รายการ

ชื่อและที่ตั้งผู้จำหน่าย.....โทร.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

ชื่อและที่ตั้งโรงงานผลิต/นำเข้า.....โทร.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

ลำดับ	รายการ	ชื่อการค้า	ผลิตภัณฑ์จากประเทศ	ใบขึ้นทะเบียนอย. (ถ้ามี)	ใบรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์	ขนาดบรรจุภัณฑ์ของตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่างที่นำมาเสนอ	หมายเหตุ

ข้อมูลอื่น ๆ ที่ส่งมาด้วย

() มี () ไม่มี สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล

เอกสารอื่น ๆ (ระบุ)

๑.....

๒.....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอข้อมูล

(.....)

เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

(กรณีสอบถาม/ขอข้อมูลเพิ่มเติม)

๓. เงื่อนไขแจ้งบริษัทในการเสนอราคาเพื่อการสืบร่วมวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์จังหวัดนราธิวาส ปี ๒๕๖๘

๑. รายละเอียดที่บริษัท/หจก.ผู้จำหน่ายเวชภัณฑ์จะต้องนำเสนอต่อคณะกรรมการจัดซื้อ ประกอบด้วย

๑.๑ เอกสารเกี่ยวกับบริษัท จ่าหน้าของ " เอกสารเกี่ยวกับบริษัท"

๑.๑.๑ เอกสารการจดทะเบียนบริษัท/ห้างหุ้นส่วนจำกัด และจะต้องเป็นบริษัทที่จดทะเบียนการค้า มา ไม่น้อยกว่า ๖ เดือน

๑.๑.๒ สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล

๑.๑.๓ บัญชีรายชื่อกรรมการฯ

๑.๑.๔ เอกสารอื่น ๆ

๑.๒ การเสนอราคา ให้ใส่ข้อมูลตามแบบฟอร์มใบเสนอราคาและเอกสารเกี่ยวกับคุณภาพผลิตภัณฑ์) ถ้ามี (เช่น ใบรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์, ISO ดังรายละเอียดแนบท้าย และให้ปิดผนึกซองและลงนามกำกับหลัง ผนึกซอง จ่าหน้าของ " ใบเสนอราคา"

- เอกสารข้อที่ ๑.๑ และ ๑.๒ รวม ๒ ซองย่อย ให้ใส่มาในซองใหญ่เดียวกัน โดย จ่าหน้าของ "เรียน ประธาน คณะกรรมการจัดหาและวัสดุการแพทย์ร่วมกันจังหวัดนราธิวาส ประจำปี ๒๕๖๘-๒๕๖๙"

๒. ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ขอให้บริษัทส่งตัวอย่างผลิตภัณฑ์ให้ส่งตามที่อยู่ด้านล่าง โดยระบบ รายละเอียด

"ตัวอย่างผลิตภัณฑ์จัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมจังหวัดนราธิวาส ปี ๒๕๖๘ จำนวน.....รายการ

ระบุ ว่า วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ รายการที่.....ชื่อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์.....

บนบรรจุภัณฑ์และบนตัวอย่างวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ส่งมาทุกรายการ

ตัวอย่างการส่งไปรษณีย์ โดยจ่าหน้าของ ดังนี้

ชื่อและที่อยู่ผู้ส่ง

.....

ชื่อและที่อยู่ผู้รับ

โรงพยาบาล.....

ที่อยู่.....

.....

.....

ปี 2568"

หมายเหตุ: "ตัวอย่างผลิตภัณฑ์จัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมจังหวัดนราธิวาส

จำนวน.....รายการ

วัสดุการแพทย์ รายการที่..... ชื่อ.....

หมายเหตุ :

๑. เอกสารตามข้อ ๑ และตัวอย่างผลิตภัณฑ์ตามข้อ ๒ ขอให้แยกซองกันชัดเจน และเขียนกำกับว่าเป็นซองเอกสารหรือซองผลิตภัณฑ์ สำหรับเอกสารข้อที่ ๑.๑ , ๑.๒ ให้บรรจุรวมในซองเดียวกัน โดยเอกสารและตัวอย่างผลิตภัณฑ์ทั้งหมด สามารถส่งทางไปรษณีย์ หรือยื่นด้วยตนเอง ณ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ถนนระแงะ มรรคา ตำบลบางนา อ.เมือง จ.นราธิวาส ๙๖๐๐๐ วงเล็บมุมซอง “เอกสารและตัวอย่างผลิตภัณฑ์ เพื่อสืบราคา จัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมจังหวัดนราธิวาส ปี ๒๕๖๘” โดยกรุณาส่งเอกสารและตัวอย่างผลิตภัณฑ์ให้ถึงปลายทาง ภายในวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ (ยึดตามวันประทับตราไปรษณีย์เป็นหลัก)

๒. คณะทำงานจัดหาวัสดุการแพทย์ร่วมกันจังหวัดนราธิวาส ประกาศผลการสืบราคาร่วมจังหวัด

ในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๘ เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส(<http://drp.ntwo.moph.go.th/>)

๓. เงื่อนไขของการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมจังหวัดนราธิวาส ปี ๒๕๖๘ มีดังนี้

๓.๑ ราคาที่เสนอเป็นราคาที่รวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว

๓.๒ ราคาที่เสนอยื่นราคาไว้ไม่น้อยกว่า ๒ ปี นับจากวันที่ประกาศผลการพิจารณา

๓.๓ รพ.แต่ละแห่งเป็นผู้ดำเนินการจัดซื้อเองโดยวิธีตกลงราคา และกำหนดส่งผลิตภัณฑ์ ถึง รพ. ภายใน ๓๐ วัน นับจากวันที่รับใบสั่งซื้อ (แนะนำให้ตอบรับการสั่งซื้อทุกครั้งเพื่อแน่ใจว่าบริษัทได้รับทราบการสั่งซื้อ หรือจัดหาบริการโทรฟรีของผู้แทน)

๓.๔ กรณีผลิตภัณฑ์ขาด Stock บริษัทต้องแจ้งให้รพ.ทราบภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่รับใบสั่งซื้อ และเมื่อมีสินค้าต้องแจ้งให้ รพ.ทราบทันที

๓.๕ บริษัทต้องส่งของให้แก่แต่ละรพ.ที่สั่งซื้อ โดยตรง (กรณี รพช.แนะนำให้ส่งทางไปรษณีย์ หรือบริษัทขนส่งที่สามารถส่งถึงโรงพยาบาลได้ เนื่องจากบริษัทขนส่งเอกชนบางบริษัทไม่ส่งถึง รพช.)

๓.๖ ผลิตภัณฑ์ที่ส่งมอบให้รพ.ต้องเป็นชนิด ยี่ห้อ และมีคุณลักษณะตรงตามที่ได้ยื่นเสนอราคาให้พิจารณา

๓.๗ ผลิตภัณฑ์ที่ส่งมอบต้องมีวันหมดอายุที่เท่ากันกับรอบก่อนหรือใหม่กว่าเท่านั้น

๓.๘ ถ้าบริษัทไม่ส่งผลิตภัณฑ์ให้ รพ.ใดที่สั่งซื้อ หรือทำผิดเงื่อนไขจากที่เสนอราคาไว้ จะยกเลิกการสั่งซื้อของทั้งจังหวัดและจะไม่ได้รับการพิจารณาในปีถัดไป

๓.๙ บริษัทที่สืบราคาได้ให้มีบริการหลังการขาย และมีการติดต่อ รพ.อย่างน้อย ๓ เดือน/ครั้ง

๓.๑๐ บริษัทเก็บเงินจาก รพ.โดยตรง หรือตามแต่ตกลงกันแต่ละรพ.

๓.๑๑ ผลิตภัณฑ์ส่งต้องมีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๑๘ เดือน ก่อนหมดอายุ ยกเว้นรายการที่มีเงื่อนไขเฉพาะ

๓.๑๒ บริษัทต้องมีการสนับสนุนการควบคุมคุณภาพภายในห้องปฏิบัติการและสมัครโครงการควบคุมคุณภาพจากองค์กรภายนอก หรือทำ Interlab comparision ทุก test

๓.๑๓ ถ้าเครื่องนั้นมีการเชื่อมระบบ LIS บริษัทต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเชื่อมโปรแกรมให้ทุกโรงพยาบาลที่มีการจัดซื้อ

๓.๑๔ ผลการพิจารณาคัดเลือกวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมจังหวัดนราธิวาส ปี ๒๕๖๘ โดยคณะกรรมการจัดหาและคณะทำงานวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมกันจังหวัดนราธิวาส ประจำปี ๒๕๖๘-๒๕๖๙ ถือเป็นข้อยุติ

๔. รายละเอียดรายการที่ต้องส่งให้ทางคณะทำงานทดลองใช้ และจำนวนตัวอย่างผลิตภัณฑ์ ดังนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนตัวอย่าง
๑	แถบตรวจน้ำตาลในเลือดพร้อมเครื่องและเข็มเจาะ	๕๐ Pcs
๒	แถบตรวจปัสสาวะชนิด๑๔แถบ พร้อมเครื่องอ่านอัตโนมัติ(UA, micro albumin)	๕๐ Pcs
๓	ชุดทดสอบHs Troponin I แบบกึ่งอัตโนมัติ	๕๐ Pcs
๔	ชุดทดสอบ Troponin I (POCT)	๕๐ Pcs
๕	ชุดทดสอบ Troponin T (POCT)	๕๐ Pcs
๖	ชุดทดสอบDengueNS๑Ag ชนิดตลับ	๕๐ Pcs
๗	ชุดทดสอบFOB ชนิดตลับ	๕๐ Pcs
๘	ชุดทดสอบHepatitis B surface Antigen ชนิดตลับ	๕๐ Pcs
๙	ชุดทดสอบHepatitis B surface Antibody ชนิดตลับ	๕๐ Pcs
๑๐	ชุดทดสอบHepatitis C Virus Antibody ชนิดตลับ	๕๐ Pcs
๑๑	ชุดทดสอบ HIV Ag/Ab combo Rapid test (๔rd generation)	๕๐ Pcs
๑๒	ชุดทดสอบ influenza A/B แบบตลับ	๕๐ Pcs
๑๓	ชุดทดสอบ syphilis (Antibody) แบบตลับ	๕๐ Pcs
๑๔	ชุดทดสอบ Methamphetamine แบบตลับ	๕๐ Pcs
๑๕	ชุดทดสอบMorphine แบบตลับ	๕๐ Pcs
๑๖	ชุดทดสอบTHC แบบตลับ	๕๐ Pcs
๑๗	แถบทดสอบการตั้งครรภ์ ขนาด ๕min	๕๐ Pcs
๑๘	แถบตรวจปัสสาวะ ชนิด๒ แถบ(Protein ,Sugar)	๕๐ Pcs
๒๐	ชุดน้ำยาทดสอบธาลัสซีเมีย OF	๕๐ Pcs
๒๑	หลอด Clote Activated Vacuums ขนาด ๔ ml	๕๐ Pcs
๒๒	หลอด Micro-EDTA ขนาด ๐.๕ ml	๕๐ Pcs
๒๓	หลอด NaF vacuums ขนาด ๓ ml	๕๐ Pcs
๒๔	หลอด ๓.๒%Na-citrate vacuums ขนาด ๓ ml	๕๐ Pcs

หากมีข้อสงสัย สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

นางสุภัทรา มุนะ เบอร์โทร ๐๘๖๙๖๒๗๔๓๔