ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง บริษัท เคที เด็นท์แอนด์ซัพพลาย จำกัด (สำนักงานใหญ่)
ที่อยู่ ๘๙๘/๑๑ ถนนประเสริฐมนูกิจ แขวงคลองกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๔๐
โทรศัพท์ ๐๒๕๐๙๒๘๑๘
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๐๕๕๕๕๐๐๑๗๗๐
เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร .....
ชื่อบัญชี .....
ธนาคาร .....

ใบสั่งซื้อ/สั่งจ้างเลขที่ ปน ๐๕๓๒.๐๓/๑๙๓
วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๕
ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอหลัง
ที่อยู่ ม.๑ ตำบลตอหลัง อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี
โทรศัพท์ ๐๗๓๔๖๖๕๒๔

ตามที่ บริษัท เคที เด็นท์แอนด์ซัพพลาย จำกัด (สำนักงานใหญ่) ได้เสนอราคา ไว้ต่อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอหลัง ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ/จ้าง ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	ซื้อวัสดุทางทันตกรรม จำนวน ๑ รายการ รายละเอียดดังนี้ -ค่าชุดทำความสะอาดช่องปากผู้ใหญ่ (แปรงสีฟัน ยาสีฟัน ไหมขัดฟัน) เป็นเงิน ๘,๒๕๐.๐๐ บาท	๑๕๐	ชุด	๕๕.๐๐	๘,๒๕๐.๐๐
				รวมเป็นเงิน	๗,๗๑๐.๒๘
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๕๓๙.๗๒
(เงินแปดพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน)				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๘,๒๕๐.๐๐

การซื้อ/สั่งจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

๑. กำหนดส่งมอบภายใน ๓ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับใบสั่งซื้อ
๒. ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๕
๓. สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอหลัง ม.๑
๔. ระยะเวลารับประกัน -
๕. สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๑๐ ของราคาสิ่งของที่ยังไม่ได้รับมอบแต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้
๖. ผู้รับจ้างจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
๗. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย

๒.ใบสั่งซื้อสั่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๕๐๙๗๔๓๘๘๐๓ ซื้อวัสดุทางทันตกรรม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอหลัง โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งซื้อ/สั่งจ้าง

(นางชำชียะห์ อุมาลี)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๕

ลงชื่อ.....ผู้รับใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง

(นางสาวเกื้อกูล เปียคง)

ผู้ขาย

วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๕

เลขที่โครงการ ๖๕๐๙๗๔๓๘๘๐๓

เลขคุมสัญญา ๖๕๐๙๑๔๓๖๕๘๗๔

บริษัท เคที เด็นท์แอนด์ซัพพลาย จำกัด (สำนักงานใหญ่)
KT DENT & SUPPLY CO., LTD.
898/11 ถนนประเสริฐมนูกิจ แขวงคลองกุ่ม เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ 10240
898/11 Prasertmanukit Road, Klongkum, Bungkum, Bangkok 10240
Tel : 0-2509-2818, 0-2000-4490-91 Fax : 0-2509-2819 (บัญชี : 08-1690-8365)
E-mail : ktds_2555@hotmail.com
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี **Tax ID. 0105555001770**

ใบส่งสินค้า/ใบกำกับภาษี/ใบแจ้งหนี้
DELIVERY ORDER / TAX INVOICE / INVOICE

ต้นฉบับ-ลูกค้า

เอกสารออกเป็นชุด

ลูกค้า/ที่อยู่ Customer/Address	วันที่ Date 16 ก.ย.65	เลขที่ No.
	รหัสลูกค้า Cust. Code	เงื่อนไข Terms
	ใบสั่งซื้อเลขที่ P/O NO.	วันครบกำหนด Due Date
ผู้ติดต่อ Contact Person	พนักงานขาย Salesman	

ลำดับที่ Item No.	รายการสินค้า Product Description	จำนวน Quantity	หน่วย Unit	ราคา/หน่วย Unit Price	จำนวนเงิน (บาท) Amount (Baht)
	ผิด ตก ยกเว้น E.& O. E.				

หมายเหตุ

รวมเงิน Sub Total

ปรดสั่งจ่ายเช็คในนาม **บริษัท เคที เด็นท์แอนด์ซัพพลาย จำกัด**
Payment by cheque, please issue crossed cheque "A/C PAYEE ONLY" to **KT DENT & SUPPLY CO., LTD.**
ากชำระเงินล่าช้ากว่ากำหนด บริษัทฯจะคิดดอกเบี้ยในอัตรา 1.5 % ต่อเดือน
nterest at 1.5% Per month will be charged on overdue accounts.

ภาษีมูลค่าเพิ่ม VAT

บาท Baht (แปดพันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

รวมเงินสุทธิ Grand Total

ได้รับสินค้าตามรายการข้างบนนี้ ในสภาพเรียบร้อย และถูกต้องแล้ว
Received the above mentioned goods in good order and condition.

จัดส่งโดย ..... Delivered By

ในนาม บริษัท เคที เด็นท์แอนด์ซัพพลาย จำกัด
For **KT DENT & SUPPLY CO., LTD**

รับสินค้าโดย ..... Received By วันที่ Date 16 / ก.ย. / 65.

ออกเอกสารโดย ..... Prepared By

ผู้มีอำนาจลงนาม
Authorized Signature

ใบสำคัญรับเงิน

สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอหลัง
โครงการ/ หลักสูตร.....ชุมชนตอหลังรวมพลังเพื่อคนตอหลังฟันดี ด้วยวิถีชุมชน ปีที่ ๖

วันที่ ๒๒ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้าพเจ้า...นางสาวนูรีดา...เจะอาแว.....อยู่บ้านเลขที่.....๓๙/๑.....หมู่ที่.....๑.....
ตำบล/แขวง.....ละหาร.....อำเภอ/เขต.....สายบุรี.....จังหวัด.....ปัตตานี.....
ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอหลัง .....ดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ได้รับเงินค่าวิทยากรตามโครงการชุมชนตอหลังรวมพลังเพื่อคนตอหลังฟันดี ด้วยวิถีชุมชน ปีที่ ๖ หัวข้อเรื่อง อบรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๒.๐๐ น. (วันที่ ๒๐-๒๒ กันยายน ๒๕๖๕ ณ มัสยิดตำบลตอหลัง) - ค่าวิทยากร จำนวน ๓ ครั้งๆละ ๓ ชั่วโมงๆละ ๓๐๐ บาท เป็นเงิน	๒,๗๐๐	.-
รวม	๒,๗๐๐	.-

จำนวนเงิน (สองพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....นางสาวนูรีดา เจะอาแว.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวสุไลดา สาแม็ง)

ใบสำคัญรับเงิน

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอหลัง
โครงการ/ หลักสูตร.....ชุมชนตอหลังรวมพลังเพื่อคนตอหลังฟันดี ด้วยวิถีชุมชน ปีที่ ๖

วันที่ ๒๒ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้าพเจ้า...นางสาวฮามีด๊ะ มิง.....อยู่บ้านเลขที่..... ๔๕.....หมู่ที่.....๑.....
ตำบล/แขวง.....ตอหลัง.....อำเภอ/เขต.....ยะหริ่ง....จังหวัด.....ปัตตานี.....
ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอหลัง.....ดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ได้รับเงินค่าอาหารว่างตามโครงการชุมชนตอหลังรวมพลังเพื่อคนตอหลังฟันดี ด้วยวิถีชุมชน ปีที่ ๖ หัวข้อเรื่อง อบรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๒.๐๐ น. (วันที่ ๒๐-๒๒ กันยายน ๒๕๖๕ ณ มัสยิดตำบลตอหลัง) - ค่าอาหารว่าง ๒๕ บาท X ๑๕๐ คน X ๑ มื้อ เป็นเงิน	๓,๗๕๐	.-
รวม	๓,๗๕๐	.-

จำนวนเงิน (สามพันเจ็ดร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

ลงชื่อ.....ฮามีด๊ะ.....ผู้รับเงิน
(.....นางสาวฮามีด๊ะ มิง.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวสุไลดา สาแม็ง)

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอหลัง โทร ๐๗๓-๔๖๖๕๒๔

ที่ ปน ๐๕๓๒.๐๓/๒๐๕ **วันที่** ๒๒ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายค่ายานพาหนะ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานี

ตามหนังสือที่ ปน ๐๕๓๒.๐๓/๑๙๖ ลงวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๕ จังหวัดปัตตานี ได้อนุมัติดำเนินการตามโครงการชุมชนตอหลังรวมพลังเพื่อคนตอหลังฟันดี ด้วยวิถีชุมชน ปีที่ ๖

ในการนี้จึงขออนุญาตเบิกจ่ายค่ายานพาหนะวันที่ ๒๐-๒๒ กันยายน ๒๕๖๕ (๑๕๐ คน)

- ค่ายานพาหนะ ๕๐ บาท X ๑๕๐ คน = ๗,๕๐๐.๐๐ บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๗,๕๐๐.๐๐ บาท (เจ็ดพันห้าร้อยบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ

(นางชำชียะห์ อุมาลี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอหลัง

อนุมัติ

(นายอับดุลการิม ยูโซะ)

สาธารณสุขอำเภอยะหริ่ง ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานี

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอหลัง โทร ๐๗๓-๔๖๖๕๒๔

ที่ ปน ๐๕๓๒.๐๓/๒๐๗ **วันที่** ๒๖ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายค่ายานพาหนะ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานี

ตามหนังสือที่ ปน ๐๕๓๒.๐๓/๑๙๖ ลงวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๕ จังหวัดปัตตานี ได้อนุมัติดำเนินการตามโครงการชุมชนตอหลังรวมพลังเพื่อคนตอหลังฟันดี ด้วยวิถีชุมชน ปีที่ ๖

ในการนี้จึงขออนุญาตเบิกจ่ายค่ายานพาหนะในการติดตามประเมินผลกลุ่มเป้าหมายตามโครงการชุมชนตอหลังรวมพลังเพื่อคนตอหลังฟันดี ด้วยวิถีชุมชน ปีที่ ๖

- ค่ายานพาหนะ ๕๐ บาท X อสม. ๓๒ คน = ๑,๖๐๐.๐๐ บาท

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๑,๖๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งพันหกร้อยบาทถ้วน)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติดำเนินการต่อไป

ลงชื่อ

(นางชำชียะห์ อุมาลี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตอหลัง

อนุมัติ

(นายอับดุลการิม ยูโซะ)

สาธารณสุขอำเภอยะหริ่ง ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานี

เล่มที่ 04

เลขที่ 0192

ปูยุด โฆษณา

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร TAX IDENTIFICATION NO.
1 941 00111 12 2
2/5 ม.1 บ.รามง ต.ปุยุด อ.เมือง จ.ปัตตานี 94000 โทร.098-6859513

จำหน่ายอุปกรณ์เครื่องเขียน อุปกรณ์ต่อพ่วงคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์สื่อสิ่งพิมพ์ ป้ายประชาสัมพันธ์ ติดตั้งเครื่องเสียง กล้องวงจรปิด ระบบไฟฟ้า ระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ต และงานเชื่อมทุกชนิด

ใบส่งของ
CASH SALES

วันที่ .....
Date

นามลูกค้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนหลัง
Name

ที่อยู่ .....
Address

จำนวน Quantity	รายการ / Particulars	@	จำนวนเงิน/Amount บาท Baht	สต.
1 ฟิน	ป้ายไวนิลโครงการรวมพลังตำบลดอนหลัง		900	
	รวมพลังเฉลิมพระเกียรติ			
	อสม.รวมใจ ปีที่ 6			
	ขนาด 1 x 3 เมตร			

เก้าร้อยบาทถ้วน

รวมเงิน Total 900

ผู้รับของ..... Deceived By

ผู้ส่งของ..... Delivered By

หมายเหตุ ได้รับสินค้าตามรายการข้างต้นในสภาพเรียบร้อย

เล่มที่ 05 เลขที่ 0234

ปูยุด โฆษณา

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร TAX IDENTIFICATION NO.
1 941 00111 12 2
2/5 ม.1 บ.รามง ต.ปุยุด อ.เมือง จ.ปัตตานี 94000 โทร.098-6859513

จำหน่ายอุปกรณ์เครื่องเขียน อุปกรณ์ต่อพ่วงคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์สื่อสิ่งพิมพ์ ป้ายประชาสัมพันธ์ ติดตั้งเครื่องเสียง กล้องวงจรปิด ระบบไฟฟ้า ระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ต และงานเชื่อมอลูมิเนียม

บิลเงินสด
DELIVERY BILLS

นามลูกค้า กองทุนหมู่บ้านเสริมสุขภาพตำบลตะโหนด
Name
ที่อยู่ .....
Address

จำนวน Quantity	รายการ / Particulars	@	จำนวนเงิน/Amount บาท Baht	สต.
1 ชิ้น	โอนเงินตามใบสั่งของ		900	
	เล่มที่ 04 เลขที่ 0192			
เก้าร้อยบาทถ้วน		รวมเงิน Total	900	

ผู้รับเงิน.....
Collector

ขอรับเงินด้วยความขอบคุณ

เล่มที่ 04 เลขที่ 0193

ปูยุด โฆษณา

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร TAX IDENTIFICATION NO. 1 941 00111 12 2
2/5 ม.1 บ.รามง ต.ปูยุด อ.เมือง จ.ปัตตานี 94000 โทร.098-6859513

จำหน่ายอุปกรณ์เครื่องเขียน อุปกรณ์ย้ายพ่วงคอมพิวเตอร์ อุปกรณ์สื่อสิ่งพิมพ์ ป้ายประชาสัมพันธ์ ติดตั้งเครื่องเสียง กล้องวงจรปิด ระบบไฟฟ้า ระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ต และงานเชื่อมทุกชนิด

ใบส่งของ
CASH SALES

วันที่ .....
Date

นามลูกค้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกาหลง
Name

ที่อยู่ .....
Address

จำนวน Quantity	รายการ / Particulars	@	จำนวนเงิน/Amount บาท Baht	สต.
3 ผืน	ป้ายไวนิลฟุ้งลายฟันดี	600	1,800	
	ขนาด 1 × 2 เมตร			
หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน		รวมเงิน Total	1,800	

ผู้รับของ.....
Deceived By

ผู้ส่งของ.....
Delivered By

หมายเหตุ ได้รับสินค้าตามรายการข้างต้นในสภาพเรียบร้อย

เล่มที่ 05 เลขที่ 0235

ปูยุด โฆษณา

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร
TAX IDENTIFICATION NO.
1 941 00111 12 2
2/5 ม.1 บ.รวมง ต.ปูยุด อ.เมือง จ.ปัตตานี 94000 โทร.098-6859513

จำหน่ายอุปกรณ์เครื่องเขียน อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ อุปกรณ์สื่อสิ่งพิมพ์ ป้ายประชาสัมพันธ์ ติดตั้งเครื่องเสียง กล้องวงจรปิด ระบบไฟฟ้า ระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ต และงานเชื่อมอลูมิเนียม

บิลเงินสด
DELIVERY BILLS

นามลูกค้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกอมยอง
Name

ที่อยู่ .....
Address

จำนวน Quantity	รายการ / Particulars	@	จำนวนเงิน/Amount บาท Baht	สต.
3 ฟัน	เครื่องเสียงตามใบสั่งซื้อ	600	1,800	
	เล่มที่ 04 เลขที่ 0193			
หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน		รวมเงิน Total	1,800	

ผู้รับเงิน.....
Collector

ขอรับเงินด้วยความขอบคุณ