



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท ไอควี เซ้าท์อีสต์ โอเอ อุดรธานี จำกัด
ที่อยู่ เลขที่ ๙๙๙ ถนนรอบเมือง(โพธิ์สว่าง)
ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ๔๑๐๐๐
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๕๘๙๘๒,๐๔๒-๒๒๒๒๑๕
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๔๑๕๕๖๑๐๐๓๒๕๕
เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร ๕๑๗๔๐๒๖๒๗๗
ชื่อบัญชี บริษัท ไอควี เซ้าท์อีสต์ โอเอ อุดรธานี จำกัด
ธนาคาร ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน) สาขานนทบุรี อุดรธานี

ใบสั่งซื้อเลขที่ ๑๖๗/๒๕๖๓
วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓
ส่วนราชการ ศูนย์อนามัยที่ ๘ อุดรธานี
ที่อยู่ ๕๘๒ ม.๑๒ ตำบลสามพร้าว อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัด
อุดรธานี
โทรศัพท์ ๐ ๔๒๑๒ ๙๕๘๖

ตามที่ บริษัท ไอควี เซ้าท์อีสต์ โอเอ อุดรธานี จำกัด ได้เสนอราคา ไว้ต่อ ศูนย์อนามัยที่ ๘ อุดรธานี ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ
ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ในกิจกรรมกรรม สนับสนุนการ รณรงค์ประชาสัมพันธ์การส่งเสริมและป้องกันโรค ขาดสารไอโอดีนในเขตสุขภาพที่ ๘ จำนวน ๑๕ รายการ (ตามเอกสารแนบ)	๑	ครั้ง	๓๓๘.๐๐	๕,๐๗๐.๐๐
๒	จัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ในกิจกรรมกรรม คัดเลือก ชุมชน,หมู่บ้านไอโอดีนต้นแบบ และชุมชน,หมู่บ้าน ไอโอดีนพลัสผ่านระบบออนไลน์ จำนวน ๕ รายการ (ตามเอกสารแนบ)	๑	ครั้ง	๒,๔๗๘.๐๐	๑๒,๓๙๐.๐๐
(หนึ่งหมื่นเจ็ดพันสี่ร้อยหกสิบบาทถ้วน)				รวมเป็นเงิน	๑๖,๓๑๗.๗๖
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๑,๑๔๒.๒๔
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๗,๔๖๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๐ วันทำการ นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๓
- สถานที่ส่งมอบ ๕๘๒ หมู่ ๑๒ ถนน อุดร-สามพร้าว ตำบล สามพร้าว อำเภอเมืองอุดรธานี อุดรธานี ๔๑๐๐๐
- ระยะเวลาประกัน -
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของ

ที่ยังไม่ได้รับมอบ

๖. ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้

ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

๗. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ :

๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย

๒. ใบสั่งซื้อส่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๖๓๐๗๗๑๙๙๗๔๓ ชื่อวัสดุอุปกรณ์ตามโครงการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ ปี ๒๕๖๓ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ..... ผู้สั่งซื้อ

(นางมณีรัตน์ แส่นประสิทธิ์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓

ลงชื่อ..... ผู้รับใบสั่งซื้อ

(คุณ.....)

.....

วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เลขที่โครงการ ๖๓๐๗๗๑๙๙๗๔๓

เลขคุมสัญญา ๖๓๐๗๑๔๑๕๙๐๓๗