

หลักฐานชุดใบสำคัญการเบิกจ่าย  
ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔  
ไตรมาสที่ ๑

(ชุดใบสำคัญการเบิกจ่าย เดือนตุลาคม ๖๓ - ธันวาคม ๖๓)

ชุดที่ ๒

แบบฟอร์มเช็คสิทธิ์ กรณีจัดซื้อไม่ผ่านในระบบ e-GP (วงเงินต่ำกว่า ๕,๐๐๐.-บาท)

สี่ฟ้า

แบบ ตส.สสจ.๕๐๐

หน่วยงาน.....โรงพยาบาลเกาะคา.....

๑ ฉบับ:๑ ชุดเอกสาร

(กลุ่มงานใน สสจ./รพช./สสอ./รพสต.)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

แก้ไขเพิ่มเติมแบบ ตส.สสจ. ๕๐๐

แบบตรวจสอบความครบถ้วน/ถูกต้อง การเบิกจ่ายเงินหมวดค่าใช้สอย ประเภท ค่าวัสดุต่างๆ

เอกสารส่งเบิกเลขที่ ลป๐๐๓๒.๓๐๔/๕๒.....ลงวันที่ ๒๒ ๓.๑ ๒๕๖๔.....จำนวนเงิน ๓,๕๐๐.....บาท

ลำดับ	กระบวนการปฏิบัติงาน	ขั้นตอน	ความครบถ้วน	ความถูกต้อง	
๑	การจัดซื้อ	๑	บันทึกขออนุมัติจัดซื้อ	✓	✓
		๒	บันทึกขออนุมัติจัดซื้อ	✓	✓
		๓	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ	✓	✓
		๔	ใบแจ้งหนี้หรือใบส่งของ	✓	✓
		๕	รายงานผลการปฏิบัติงานจ้างของคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ	✓	✓
		๖	ความสัมพันธ์ของวันที่ในบันทึกขออนุมัติจัดซื้อ /ใบสั่งซื้อ/ใบแจ้งหนี้ รายงานผลการปฏิบัติงานจ้าง/ใบเสร็จรับเงิน/บันทึกขออนุมัติเบิกจ่าย ผู้อนุมัติจ่าย	✓	✓
		๗	สำเนาโครงการ (กรณีจัดซื้อตามโครงการ)		
		๘	สำเนาใบจัดสรรงบประมาณ		
๒	การเบิกจ่ายเงิน	๑	ผู้มีอำนาจอนุมัติหลักฐานการจ่าย		
		๒	การหักภาษี ณ ที่จ่าย		
๓	การจ่ายเงิน	๑	การเขียนเช็คส่งจ่าย		
		๒	ใบเสร็จรับเงินได้ประทับตราลงนามรับรองการจ่ายเงินแล้ว และลงวันที่จ่าย		

(ลงชื่อ) ..... ผู้เบิก/ผู้ดำเนินการ  
(นางชวนพิศ จันทร์จร)

(ลงชื่อ) ..... เจ้าหน้าที่การเงินของหน่วยงาน  
(.....)

หมายเหตุ

- ผู้ใช้สิทธิหรือผู้ดำเนินการ ให้ทำเครื่องหมายเฉพาะส่วนที่ ๑ ช่องความครบถ้วนเท่านั้น
- เจ้าหน้าที่การเงินฯ ให้ทำเครื่องหมายช่องความครบถ้วนและความถูกต้องส่วนที่ ๑,๒ และ ๓ ที่เหลือทั้งหมด




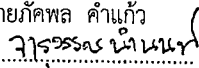
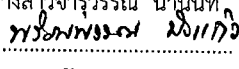
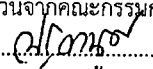
บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลเกาะคา กลุ่มงานงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โทร. ๐๕๔-๒๘๑๓๔๓ ต่อ ๑๑๑๓  
ที่ ลป๐๐๓๒.๓๐๔/ ๔๒ วันที่ ๒๒ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานผลการตรวจรับพัสดุ  
เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดลำปาง

ตามบันทึกข้อความ ที่ ลป๐๐๓๒.๓๐๔/๑/๑ ลงวันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๓  
ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนี้เป็นกรรมการตรวจรับพัสดุนั้น คณะกรรมการได้ตรวจรับแล้วปรากฏรายละเอียด ดังนี้

- ๑. ตรวจรับพัสดุ จำนวน ๑ รายการ
- ๒. ชื่อจาก บริษัทนิวโลฟฟาร์มา จำกัด ตามใบสั่งซื้อสั่งจ้างเลขที่ -
- ๓. ตาม ใบส่งของ เลขที่ 63091793 ลงวันที่ ๑๘/๑๐/๒๕๖๓ เป็นเงิน ๓,๔๐๐.๐๐ บาท
- ๔. คณะกรรมการตรวจเสร็จเรียบร้อยแล้วเมื่อ วันที่ ๒๒/๑๐/๒๕๖๓
- ๕. จำนวนสิ่งของที่ส่งมอบ ครบถ้วน
- ๖. ผลการตรวจสอบ ถูกต้อง
- ๗. มติกรรมการ เห็นควรให้รับมอบไว้  
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ)  ประธานกรรมการ  
( นายภัคพล คำแก้ว )  
(ลงชื่อ)  กรรมการ  
( นางสาวจรรวณ นำนนท์ )  
(ลงชื่อ)  กรรมการ  
( นางสาวพร้อมพรรณ ปิงแก้ว )  
ข้าพเจ้า นางสาวณัฐกานต์ เชื้อปัญญา ได้รับมอบพัสดุครบถ้วนจากคณะกรรมการเรียบร้อยแล้ว  
(ลงชื่อ)  เจ้าหน้าที่พัสดุ  
( นางสาวณัฐกานต์ เชื้อปัญญา )

(ส่วนของผู้ว่าราชการจังหวัดลำปาง)

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดลำปาง  
เรื่อง ลงนามรับทราบ  
คณะกรรมการได้รับการส่งมอบให้เจ้าหน้าที่  
พัสดุเรียบร้อยแล้ว  
จึงเรียนมาเพื่อโปรดลงนามตามระเบียบกระทรวงการคลัง  
ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ ข้อ ๑๗๕ (๔)

(ลงชื่อ).....  
( นางสลิล เอียงเทศ )  
หัวหน้าเจ้าหน้าที่  
ทราบ

( นายสิทธิกร สองคำชุม )  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา  
ผู้ได้รับมอบอำนาจตามคำสั่ง จว.ลป  
ที่ ๕๙๕๑/๒๕๖๒  
ลงวันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

(ส่วนของผู้ว่าราชการจังหวัดลำปาง)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา  
เรื่อง ขออนุมัติจ่ายเงินบำรุง  
งานบริหารได้ตรวจสอบแล้วหลักฐานครบถ้วน  
ถูกต้อง โดยมีเงินบำรุงคงเหลือ ณ วันที่.....  
จำนวนเงิน.....บาท  
จึงเรียนมาเพื่อโปรดลงนามอนุมัติจ่ายเงินตาม  
คำสั่ง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๘๔๕/๒๕๖๑  
ลงวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๑  
(ลงชื่อ).....  
( ..... )

อนุมัติ  
(ลงชื่อ).....



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลเกาะคา กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โทร ๐๕๔-๒๘๑๓๘๓  
ที่ ลป ๐๐๓๒.๓๐๔/๑/๑ วันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานขอซื้อขອງ้างและอนุมัติจัดซื้อ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดลำปาง(โดยผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา ผู้ได้รับมอบอำนาจ)

ด้วยโรงพยาบาลเกาะคา มีความประสงค์จะซื้อยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ จำนวน ๑ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ

เพื่อสนับสนุนกิจกรรมการรักษาพยาบาลโรงพยาบาลเกาะคา

๒. รายละเอียดของพัสดุ

รายละเอียดตามเอกสารแนบ

๓. ราคาากลางและรายละเอียดของราคาากลางจำนวน ๓,๔๐๐.๐๐ บาท (สามพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะจัดซื้อ

เงินนอกงบประมาณจำนวน ๓,๔๐๐.๐๐ บาท (สามพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ

กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานแล้วเสร็จภายใน ๖๐ วัน นับถัดจากวันที่ลงนามในสัญญา

๖. วิธีที่จะซื้อ และเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการซื้อ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เนื่องจากจัดซื้อจัดจ้างพัสดุ ที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ

การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอโดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ

การแต่งตั้งผู้ตรวจรับพัสดุ

นายภักพล คำแก้ว เกษีชรชำนาญการ

ประธานกรรมการ

นางสาวจรรุวรรณ นานนท์ เจ้าพนักงานเกษีชรปฏิบัติงาน

กรรมการ

นางสาวพร้อมพรรณ ปิงแก้ว เจ้าพนักงานเกษีชรปฏิบัติงาน

กรรมการและเลขานุการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด

๑. อนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงานขอซื้อดังกล่าวข้างต้น

๒. ลงนามในคำสั่งแต่งตั้งผู้ตรวจรับพัสดุ

(นางชวนพิศ จันทร์จรร)

เจ้าหน้าที่

เรียนผู้ว่าราชการจังหวัดลำปาง

เห็นควรดำเนินการตามที่เสนอ

(ลงชื่อ)

(นางสลิล เอียงเทศ)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ความเห็นของผู้มีอำนาจ

เห็นชอบ

(ลงชื่อ)

(นายสิทธิกร สองคำชุม)

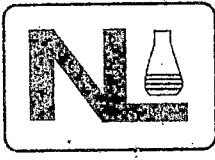
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา

ผู้ได้รับมอบอำนาจตามคำสั่ง จว.ลปที่ ๕๙๕๑/๒๕๖๒

ลงวันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

**บริษัท นิวไลฟ์ ฟาร์มา จำกัด (สาขาที่ 00003)**

166/1-2 ถนนบางกระดี่ แขวงสามเต่า  
 บางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร 10150  
 โทร : 0-2452-1556-7, 0-2452-2157, 0-2452-5811-2  
 โทร : 0-2452-2159-60



**NEW LIFE PHARMA CO., LTD. (BRANCH 00003)**

166, 166/1-2, BANGKRADEE RD., SAMAE DUM,  
 BANGKHUN THIAN, BANGKOK 10150, THAILAND.  
 TEL. 0-2452-1556-7, 0-2452-2157, 0-2452-5811-2  
 FAX: 0-2452-2159-60

ทะเบียนการค้า 11 39 11582

๙๙๖๔๐๐๐๑๔

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 010563005029

**MIT TERMS:** ระบบเงินเชื่อ  
 30 DAYS กรุงเทพฯ 30 วัน  
 30 DAYS ต่างจังหวัด 30 วัน  
 DELIVERY หลังวันส่งของ

**ต้นฉบับใบส่งสินค้า/ต้นฉบับใบแจ้งหนี้  
 ORIGINAL DELIVERY ORDER / INVOICE**

บิลเลขที่ Bill No. IV63091793

ไม่ใช่ใบกำกับภาษี เอกสารออกเป็นชุด

วันที่ DATE

ส่ง (SOLD TO) โรงพยาบาล เกษะกา  
 381 หมู่ 3 ตำบลศาลา อำเภอกะฉะกา จังหวัดลำปาง 52130 โทร. 054-281393 Tax-ID  
 0994000439202

รหัสลูกค้า 5205201  
 CODE

) อัตราภาษี  ) อัตราภาษี 0%

จำนวนที่จัดส่ง QUANTITY	ขนาดบรรจุ SIZE	สินค้าขาย SALE	สินค้าแถม BONUS	รายการสินค้า DESCRIPTION	ราคา/หน่วย UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
จำนวนเต็ม						
กลลอน	5000cc.	4.00		โพลีดีน สกริป 7.5% (308433) TPU : 827132 GPU : 871430	850.-	3,400.-
				รวมเงิน		3,400.-

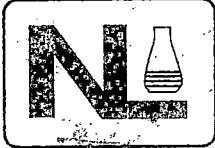
*Am Tim*  
 (นายกิตพล คำแก้ว)  
 ภิภรรณ  
 (นางสาวกมลวรรณ ภิภรรณ)  
 พรหมพร ภิภรรณ  
 (นางสาวพร้อมพรรณ ภิภรรณ)

<input type="checkbox"/> เงินสด	จำนวนเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) Amount คุณเห็นถูกว่า พิกัดบัญชีอัตโนมัติ[D-03]	รวมเงิน (Sub Total)	3,400.-
<input type="checkbox"/> เช็คธนาคาร		ส่วนลด (Discount)	
เลขที่.....	E.& O.E. ผิดตกยกเว้น แผนกคลังสินค้า	รวมมูลค่าสินค้า (Net Total)	3,177.57
วันที่.....		จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม (Vat)	222.43
ใน.....	ผู้จัดส่งสินค้า	จำนวนเงินทั้งสิ้น (Grand Total)	3,400.-
	ผู้ตรวจสอบสินค้า	ผู้รับสินค้า	วันที่ ๑๑/๑๐/๖๗

หมายเหตุ: ใบเสร็จรับเงินจะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีลายเซ็นพนักงานเก็บเงินและเมื่อเช็คของท่านเรียกเก็บเงินจากธนาคารได้ครบโปรดส่งจ่ายเช็คติดคร่อมในนาม "บริษัท นิวไลฟ์ ฟาร์มา จำกัด" เท่านั้นและขีดฆ่าคำว่า "ผู้ถือ" ออก

**บริษัท นิวไลฟ์ ฟาร์มา จำกัด (สาขาที่ 00003)**

166/1-2 ถนนบางกระเจต แขวงสามต่า  
 แขวงจันทน์ กรุงเทพมหานคร 10150  
 โทร : 0-2452-1556-7, 0-2452-2157, 0-2452-5811-2  
 โทร : 0-2452-2159-60



**NEW LIFE PHARMA CO., LTD. (BRANCH 00003)**

166, 166/1-2, BANGKRADEE RD., SAMEE DUM,  
 BANGKHUN THIAN, BANGKOK 10150, THAILAND.  
 TEL. 0-2452-1556-7, 0-2452-2157, 0-2452-5811-2  
 FAX 0-2452-2159-60

ทะเบียนการค้า 11 39 11582

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0105530050297

**NET TERMS:** ระบบเงินเชื่อ  
 KOK 30 DAYS กรุงเทพฯ 30 วัน  
 COUNTRY 30 DAYS ต่างจังหวัด 30 วัน  
 R DELIVERY หลังวันส่งของ

**ต้นฉบับใบกำกับภาษี  
 ORIGINAL TAX INVOICE**

บิลเลขที่  
 Bill No. IV63091793

วันที่  
 DATE 19 มิ.ย. 2555

เอกสารออกเป็นชุด

ที่ (SOLD TO) เรืองพยาบาล เกษะคง  
 381 หมู่ 3 ตำบลศกฉลว อําเภอกะระคง จังหวัดลําปาง 52130 โทร 054-281393 Tax ID  
 0994000439202

รหัสลูกค้า 5205201  
 CODE

( ) อัตราภาษี ( ) อัตราภาษี 0%

ขนาดที่จัดส่ง ANTITY	ขนาดบรรจุ SIZE	สินค้าขาย SALE	สินค้าแถม BONUS	รายการสินค้า DESCRIPTION	ราคา/หน่วย UNIT PRICE	จำนวนเงิน AMOUNT
เพิ่มเติม						
ทดลอง	5000cc.	4.00		ไปตีคีน สดจับ 7.5% TPU : 827132 GPU : 871430 รวมเงิน	850.-	3,400.-  3,400.-

*(Handwritten signature)*

วิภากรชน  
 (นางสาววิภากรชน วิภากรชน)  
 ผู้จัดการฝ่ายขาย

<input type="checkbox"/> เงินสด	จำนวนเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) Amount in English (บาท) พิเศษที่ 003		รวมเงิน (Sub Total)	3,400.-	
<input type="checkbox"/> เช็คนาคา	สามพันสี่ร้อยบาทถ้วน		ส่วนลด (Discount)		
เลขที่	E.&O.E. ผิดตกยกเว้น	แผนกคลังสินค้า	ได้ตรวจและรับสินค้าตามรายการข้างต้น ในสภาพเรียบร้อยพร้อมใบกำกับภาษี	ราคามูลค่าสินค้า (Net Total)	3,177.57
วันที่		ผู้จัดสินค้า		จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม (Vat)	222.43
บริษัท นิวไลฟ์ ฟาร์มา จำกัด		ผู้ตรวจสอบสินค้า	ผู้รับสินค้า	จำนวนเงินทั้งสิ้น (Grand Total)	3,400.-
			วันที่ 22/6/55		

ใบเสร็จรับเงินจะสมบูรณ์ต่อเมื่อมีลายเซ็นพนักงานเก็บเงินและเมื่อเช็คของท่านเรียกเก็บเงินจากธนาคารได้ครบไปพร้อมๆกับเช็คติดรอมในนาม "บริษัท นิวไลฟ์ ฟาร์มา จำกัด" เท่านั้นและเช็คชวงควา "เมื่อ" ออก

รายละเอียดแนบท้าย รายการขออนุมัติจัดซื้อ

เลขที่ ๑

วันที่

๒

ตุลาคม

๒๕๖๓

ยานอกบัญชียาหลัก

บริษัท นิวไลฟ์จำกัด

ลำดับ	รายการ	อัตราใช้ ต่อเดือน/ คงเหลือ	จำนวนซื้อ แล้ว/แผน ปี2563	จำนวน ซื้อครั้งนี้	หน่วย	ราคาต่อ หน่วย	ราคา รวม	ราคา มาตรฐาน หรือราคา ครั้งหลังสุด	กำหนดเวลา ที่ต้องการใช้ หรือให้งาน แล้วเสร็จ
1	7.5 % POVIDINE SCRUB	3/0	0/40	4	GALL	850.00	3,400.00	850.00	๖๐ วัน
							๓,๔๐๐.๐๐		
สามพันสี่ร้อยบาทถ้วน									

แผนจัดซื้อได้รับการจัดสรร

๒๗,๕๐๐,๐๐๐

จัดซื้อไปแล้ว

๑,๘๕๖,๖๐๙

คงเหลือจากครั้งที่แล้ว

๒๕,๖๔๓,๓๙๑

รายชื่อกรรมการตรวจรับ

1 นายภักพล คำแก้ว

ประธานกรรมการ

2 นางสาวจรรยาธรรม นานนท์

กรรมการ

3 นางสาวพร้อมพรรณ ปิงแก้ว

กรรมการและเลขานุการ

ซื้อครั้งนี้

๓,๔๐๐.๐๐

คงเหลือ

๒๕,๖๓๙,๙๙๑



แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน  
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์  
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ  
เรื่อง ชื่อเวชภัณฑ์ยา ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

ข้าพเจ้า	นางสลิล	เชียงใหม่	(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า	นางชวนพิศ	จันทร์จร	(เจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า	นายภคพล	คำแก้ว	(ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า	นางสาวจรรุวรรณ	น่านนท์	(กรรมการตรวจรับพัสดุ)
ข้าพเจ้า	นางสาวพร้อมพรรณ	ปิงแก้ว	(กรรมการตรวจรับพัสดุ)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึก ด้วยความโปร่งใส สามารถให้ผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ตลอดเวลามุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงานเพื่อตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้างพ.ศ. ๒๕๖๐

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม .....

(นางสลิล เชียงใหม่)  
(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)

ลงนาม .....

(นางชวนพิศ จันทร์จร)  
(เจ้าหน้าที่)

ลงนาม .....

(นายภคพล คำแก้ว)  
(ประธานกรรมการตรวจรับพัสดุ)

ลงนาม .....

(นางสาวจรรุวรรณ น่านนท์)  
(กรรมการตรวจรับพัสดุ)

ลงนาม .....

(นางสาวพร้อมพรรณ ปิงแก้ว)  
(กรรมการตรวจรับพัสดุ)