

แบบเสนอ “ ราคาเวชภัณฑ์ ”

ชื่อ ห้าง/ร้าน/บริษัท ผู้เสนอราคา.....

.....

ลำดับที่..... ชื่อ.....

ชื่อการค้า.....

ราคาที่เสนอนี้เป็นราคาที่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม ค่าขนส่ง และใช้จ่ายอื่น ๆ แล้ว โดยยืนยันราคานี้ ภายใน 365 วัน นับ ตั้ง แต่ วันที่ พิ จ า ร ณา ผล กำหนดยื่นราคาผู้เสนอราคาต้องรับผิดชอบราคาที่ตนได้เสนอไว้และจะถอนการเสนอราคามีได้ ทั้งนี้ผู้ขายยินดีส่งสินค้าตามแผนการจัดซื้อของสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ทั้งนี้โดยผู้ซื้ออาจจะซื้อในจำนวนที่มากกว่าหรือน้อยกว่าที่คาดว่าจะซื้อก็ได้ (ถ้ามีหลายขนาดบรรจุภัณฑ์ โปรดเสนอราคาทุกรูปแบบ)

ในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้จำหน่ายยาหรือเวชภัณฑ์ที่เสนอให้แก่สถานบริการสาธารณสุข ใน จั ง ห วั ด แพร่ แต่ภายหลังคุณภาพและราคาสินค้าหรือบริการไม่เป็นไปตามที่เสนอหรือที่สถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดแพร่กำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้สถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดแพร่พิจารณาจัดซื้อจากผู้เสนอราคารายอื่นได้

ขนาดบรรจุ 1ราคา.....บาท

ขนาดบรรจุ 2.....ราคา.....บาท

ขนาดบรรจุ 3.....ราคา.....บาท

ขนาดบรรจุ 4.....ราคา.....บาท

ผู้เสนอราคา.....(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ : (ระบุเงื่อนไข ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

ข้อมูลการติดต่อสั่งซื้อ

1. ที่อยู่บริษัท

.....
.....

2. หมายเลขโทรศัพท์ :

3. หมายเลขโทรสาร :

4. E Mail บริษัท :

5. กรณีบริษัทมีผู้แทน

รายชื่อผู้แทน :

หมายเลขโทรศัพท์ผู้แทน :

E-Mail ผู้แทน :

6. ช่องทางการตอบรับการสั่งซื้อ :

7. ระยะเวลาจัดส่งสินค้า :

8. วิธีการจัดส่งสินค้า :

9. เงื่อนไขการเปลี่ยน-คืน สินค้า

.....
.....
.....
.....

10. มูลค่าขั้นต่ำต่อครั้ง ในการจัดซื้อสินค้า :