

F.C.P. บริษัท เอฟ.ซี.พี. จำกัด
F.C.P. COMPANY LIMITED

45 หมู่ที่ 4 ต.คลองอุดมชลจร อ.เมืองฉะเชิงเทรา จ.ฉะเชิงเทรา 24000
 โทร. 038-086-867-8 แฟกซ์ 038-086-869
 E-mail : order@fcpc.com www.fcpc.com

แผนก 5

ต้นฉบับ - ใบเสร็จรับเงิน

เอกสารออกเป็นชุด

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0115539002911 (สำนักงานใหญ่)

1404

โรงพยาบาลปัตตานี
 1. เมือง จ.ปัตตานี 94000
 เลขผู้เสียภาษี 0994000596588 สำนักงานใหญ่

รหัสลูกค้า	ใบสั่งขาย	วันที่
214005 10200101	1.100002	
INV. No. 105200500416	DO. 3310274076	
รหัสผู้แทน 766	SO. 3210278327	BN. 3410268784
เขตจังหวัด 94000	อ. เมือง จ.ปัตตานี	
กำหนดชำระเงิน (วัน)	PO. 631730	

รหัส	รายการ	ขนาด	หน่วยนับ	จำนวน		หน่วยละ	จำนวนเงิน
				เต็ม	เศษ		
CELXIB2045	เซเลคซิบ 200 มก. Celecoxib 200 mg LOT.2NV001 MFG.05/02/20 EXP.05/02/22 TPU : 1026124 GPU : 781712 รหัสมาตรฐาน 24 ตัว 124109000004203120181202	10X10'S	กล่อง	40		800.00	32,000.00
สามหมื่นสองพันบาทถ้วน				- 1	อ.ก. 2563	รวมเงิน	32,000.00

จ่ายเงินแล้ว
 (นางภัทรารรรณ์ ขาวสิงห์ทรัพย์)
 บัณฑิตพยาบาล บุคคลชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่
 หัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชี

ผู้รับสินค้า..... วันที่.....	ผู้จัดส่ง	ราคาไม่รวมภาษี	29,906.54
ผู้รับเงิน..... วันที่.....			ภาษีมูลค่าเพิ่ม
กรุณาจ่ายเช็คขีดคร่อมใบขนาน บริษัท เอฟ.ซี.พี. จำกัด เท่านั้น การชำระเงินด้วยเช็ค จะสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้เรียกเก็บเงินตามเช็คเรียบร้อยแล้ว	ผู้จัดการ	รวมเงินสุทธิ	32,000.00
ขอความร่วมมือ : บริษัทฯ จะไม่รับผิดชอบในการผิดเงื่อนไข 1. จ่ายเงินให้กับผู้แทนโดยไม่สลัก หรือขีดขีดตั้งลงเงินและใบเสร็จรับเงินไว้เป็นหลักฐาน 2. คืนของให้กับผู้แทนโดยไม่สลักใบมีติดงับไว้เป็นหลักฐาน			

ส่วนติดต่อลูกค้าที่ฝ่ายขาย : โทร. 0-2026-3138 , 0-2727-7173 แฟกซ์ 0-2329-0162

1. สำหรับลูกค้า

บริษัท เอฟ.ซี.พี. จำกัด
F.C.P. COMPANY LIMITED

เลขที่ 4 ต.คลองอุดมชลจร อ.เมืองฉะเชิงเทรา จ.ฉะเชิงเทรา 24000
โทร. 038-086-867-8 แฟกซ์ 038-086-869
E-mail : order@fcpc.com www.fcpc.com

แผนก
5

ต้นฉบับ - ใบกำกับภาษี/ใบส่งของ
เอกสารออกเป็นชุด

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0115539002911 (สำนักงานใหญ่)

พยามาลปิดธานี
ของ จ. ปิดธานี 94000
o/A ✓

รหัสลูกค้า	ใบส่งขาย	วันที่
214005 10200101	14 กค 2563	
INV. No. 105200500416	DO. 395074076	
รหัสผู้แทน 766	SO.3210278327	BN.3410268724
เขตจังหวัด 94000 อ. เมือง จ. ปิดธานี		
กำหนดชำระ (วัน)	PO. 631730	

เลขผู้เสียภาษี 0994000596588 สำนักงานใหญ่

รหัส	รายการ	ขนาด	หน่วยนับ	จำนวน		หน่วยละ	จำนวนเงิน
				เต็ม	เศษ		
ELXIB2045	เซเลกซิบ 200 มก. Celecoxib 200 mg LOT.2NV001 MFG.05/02/20 EXP.05/02/22 TPU : 1026124 GPU : 781712 รหัสมาตรฐาน 24 ตัว 124109000004203120181202	10X10'S	กล่อง	40		800.00	32,000.00
ผู้รับของ..... วันที่ 2.2 พ.ค. 2563 กรรมการ..... กรรมการ..... กรรมการ.....				รวมเงิน			32,000.00

197/2142/69

ตรวจรับ
ลงบัญชีฝ่ายเภสัชกรรม

R 630774
87
916/69

ผู้รับสินค้า..... วันที่.....	พริตัม	
ชื่อแนะนำ	เภสัชกร	
1) โปรดตรวจสอบว่าสินค้าที่ได้รับอยู่ในสภาพเรียบร้อยและมีจำนวนถูกต้องตามรายการข้างต้น หากผิดพลาดโปรดแจ้งให้ทางบริษัทฯ ทราบทันที	Koraw	ราคาไม่รวมภาษี 29,906.54
2) โปรดขอใบเสร็จรับเงินทันทีเมื่อท่านชำระเงิน การจ่ายเช็ค โปรดสั่งจ่ายในนามบริษัทฯ และขีดคร่อมเช็คดังนี้ EWWE เข้าบัญชีผู้รับเงินเท่านั้น และให้ขีดฆ่าคำว่า "ผู้ถือ" ออก บริษัทฯ ไม่รับรองการจ่ายเงินใด ๆ ว่าถูกต้อง นอกจากท่านจะมีหลักฐานใบเสร็จรับเงินของบริษัทฯ		ภาษีมูลค่าเพิ่ม 2,093.46
ขอความร่วมมือ : บริษัทฯ จะไม่รับผิดชอบในกรณีต่อไปนี้ 1. จ่ายเงินให้กับผู้แทนโดยไม่สลัก หรือยึดติดต้นฉบับและใบเสร็จรับเงินไว้เป็นหลักฐาน 2. ดึงของให้กับผู้แทนโดยไม่สลักใบต้นฉบับฉบับไว้เป็นหลักฐาน	ผู้จัดการ	รวมเงินสุทธิ 32,000.00

ส่งสินค้ากรุณาติดต่อที่ฝ่ายขาย : โทร. 0-2026-3138 , 0-2727-7173 แฟกซ์ 0-2329-0162

3. ต้นฉบับลูกค้า

เรื่อง เสนอราคายา

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปัตตานี

บริษัท เอฟ.ซี.พี. จำกัด มีความยินดีขอเสนอราคา มาให้กับทางท่านได้พิจารณาดังมีราคา และ รายละเอียด ดังต่อไปนี้

รายการ	ขนาด	หน่วยนับ	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	เป็นเงิน
เซลซิ็บ Celecoxib 200 mg.	10X10'S	กล่อง	40	800.00 =	32,000.00
				รวมเงิน	= 32,000.00
				ราคาไม่รวมเงินภาษี	= 29,906.54
				บวก ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%	= 2,093.46
				จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น	= 32,000.00

(สามหมื่นสองพันบาทถ้วน)

เป็นผลิตภัณฑ์ของ บริษัท ยูนิซัน จำกัด ไม่มีเลขที่ มอก.

บริษัท เอฟ.ซี.พี. จำกัด เป็นตัวแทนจำหน่ายแต่เพียงผู้เดียวในประเทศไทย

กำหนดส่งของภายใน 30 วัน

กำหนดขึ้นราคาภายใน 1 ปี

หมายเหตุ เจ้าหน้าที่ได้ตรวจสอบราคาแล้ว บริษัทฯ ไม่สามารถลดราคาลงได้อีก หวังว่าคงได้รับ

ความกรุณาพิจารณาสั่งซื้อจากท่าน

ขอแสดงความนับถือ



Amny
(นางรุ่งนภา ภัทรดิตร)

ผู้จัดการฝ่ายขายอาวุโส กรุงเทพฯ

ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

วันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๓

ตาม ใบสั่งซื้อสั่งจ้าง เลขที่ ปน ๐๐๓๒.๒๒๓/๔๑๕๕๕ ลงวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๒ โรงพยาบาลปัตตานี ได้ตกลง ซื้อ กับ บริษัท เอฟ.ซี.พี. จำกัด สำหรับโครงการ ซื้อยา Celecoxib 200 mg Capsule โดยวิธีเฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๒๘,๐๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งแสนสองหมื่นแปดพันบาทถ้วน)

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงานงวดงานที่ ๓ แล้ว ผลปรากฏ ดังนี้

๑. ผลการตรวจรับ

- ถูกต้อง
- ครบถ้วนตามสัญญา
- ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

๒. ค่าปรับ

- มีค่าปรับ
- ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๓๒,๐๐๐.๐๐ บาท

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานี

- เพื่อโปรดทราบ ตามระเบียบกระทรวงการคลัง

ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐

(นายอรุณ ประเสริฐสุข)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

ทราบ

(นายสมบัติ สอนเสาวภาคย์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดปัตตานี

(ลงชื่อ)..... ประธานกรรมการฯ

(นางสาวจิราวรรณ ทักษะ)

(ลงชื่อ)..... กรรมการ

(นางอรอนงค์ สுகนเขตร์)

(ลงชื่อ)..... กรรมการ

(นางสาวเจนจิรา ตันติวิชญวานิช)

หมายเหตุ : เลขที่โครงการ ๖๒๑๒๗๑๕๖๐๕๓

เลขคุมสัญญา ๖๒๑๒๑๔๒๓๘๖๕๔

เลขคุมตรวจรับ ๖๓๐๕A๑๓๙๐๖๑๒

จนท.....

ตรวจ/ทาน.....

พิมพ์.....

ข้อมูลสัญญาหรือข้อตกลง

ชื่อผู้ค้า/ผู้รับจ้าง/ที่ปรึกษา	บริษัท เอ.พี.พี. จำกัด	
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร	0115539002911	
ประเภทสัญญา	ใบสั่งซื้อสั่งจ้าง	
เลขที่สัญญา	ปน 0032.223/41595	ดูรายละเอียดสัญญา
ลงวันที่	13/11/2562	
เลขคุมสัญญา	621214238694	
วันที่เริ่มต้นสัญญาตั้งแต่	19/11/2562	จนถึง 03/10/2563
จำนวนเงินตามสัญญา	128,000.00 บาท	
สถานะสัญญา	ส่งงานตามกำหนด	
วันที่ครบสัญญา	บันทึกวันที่สัญญา	ระยะเวลาคงเหลือ 134 วัน

รายละเอียดวงงาน : รูปแบบการส่งมอบ รวมรายการ

วงงาน	วันกำหนดส่งมอบงาน	วันที่ส่งมอบจริง	สัมพันธวงเงินงวดที่	เลขคุมตรวจรับ	สถานะดำเนินการ	ข้อมูลส่งมอบตรวจรับงาน
รายการ 1 : Celecoxib 200 mg Capsule						
งวดที่ 1	06/02/2563	02/01/2563	1	6301A1069044	ตรวจรับงานเรียบร้อย	รายละเอียด
งวดที่ 2	26/04/2563	03/03/2563	2	6303A1250124	ตรวจรับงานเรียบร้อย	รายละเอียด
งวดที่ 3	15/07/2563	21/05/2563	3	6305A1390612	ตรวจรับงานเรียบร้อย	รายละเอียด
งวดที่ 4	03/10/2563		4			รายละเอียด

หมายเหตุ : วันที่กำหนดส่งมอบงานสีแดง หมายถึง วันหยุดราชการ หรือวันหยุดนักขัตฤกษ์

รายละเอียดวงเงิน : ประเภทการจ่ายเงิน จ่ายตามวงเงินที่กำหนด (การเบิกจ่าย : ไม่ผ่านGFMS)

วงเงิน	วันที่จ่ายเงิน	จำนวนเงินตามสัญญา	จำนวนเงินคงเหลือจ่าย	สถานะดำเนินการ	ข้อมูลเบิกจ่ายเงิน
รายการ 1 : Celecoxib 200 mg Capsule					
งวดที่ 1	13/02/2563	32,000.00	0.00	จ่ายเงินเรียบร้อย	รายละเอียด
งวดที่ 2	28/04/2563	32,000.00	0.00	จ่ายเงินเรียบร้อย	รายละเอียด
งวดที่ 3		32,000.00	0.00		รายละเอียด
งวดที่ 4		32,000.00			รายละเอียด

ข้อมูลหลักประกันสัญญา

ประเภทหลักประกัน	ประเภทหลักทรัพย์	ช่วงวันที่รับประกัน	จำนวนเงิน	สถานะหลักประกัน
------------------	------------------	---------------------	-----------	-----------------

ข้อมูลจัดทำเอกสาร

ประเภทเอกสาร	เลขที่หนังสือ	ลงวันที่	รายละเอียด	ขั้นตอนการทำงาน
หนังสือแจ้งสิทธิ์การเรียกค่าปรับ			รายละเอียด/แก้ไข	
หนังสือแจ้งสงวนสิทธิ์การเรียกค่าปรับ			รายละเอียด/แก้ไข	
หนังสือแจ้งค่าปรับ			รายละเอียด/แก้ไข	
หนังสือแจ้งจะบอกเลิกสัญญา			รายละเอียด/แก้ไข	

ข้อมูลงบประมาณ	หนังสือแจ้งให้เริ่มทำงาน	ใบสั่งซื้อ	ส่งมอบงาน	ตรวจรับงาน	จัดทำเอกสารเบิกจ่าย
		คำนวณค่าปรับ	กลับสู่นำหลัก		



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย บริษัท เอฟ.ซี.พี. จำกัด
 ที่อยู่ เลขที่ ๔๕ หมู่ ๔
 ตำบลคลองอุดมชลจร อำเภอเมืองจะเข็ทรา จังหวัดจะเข็ทรา ๒๔๐๐๐
 โทรศัพท์ ๐๒-๐๒๖-๓๑๓๘
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๐๑๑๕๕๓๘๐๐๒๙๑๑

ใบสั่งซื้อเลขที่ ปน ๐๐๓๒.๒๒๓๗/๔๑๕๖๕
 วันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๒
 ส่วนราชการ โรงพยาบาลปัตตานี
 ที่อยู่ ๒ ถ.หนองจิก ตำบลสะบารัง อำเภอเมืองปัตตานี จังหวัดปัตตานี
 โทรศัพท์ ๐๗๓-๓๓๔๔๗/๑๓๓

ตามที่ บริษัท เอฟ.ซี.พี. จำกัด ได้เสนอราคา วัสดุ โรงพยาบาลปัตตานี ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
๑	Celecoxib ๒๐๐ mg Capsule	๑๖๐	กล่อง	๘๐๐.๐๐	๑๒๘,๐๐๐.๐๐
(หนึ่งแสนสองหมื่นแปดพันบาทถ้วน)				รวมเป็นเงิน	๑๑๘,๖๒๖.๑๗
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม	๘,๐๗๓.๘๓
				รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๒๖,๗๐๐.๐๐

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๓๒๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๓
- สถานที่ส่งมอบ โรงพยาบาลปัตตานี ๒ ถ.หนองจิก
- ระยะเวลารับประกัน ๑๕ วัน
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ
- การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญา เพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ:

- การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย
- ใบสั่งซื้อส่งจ้างนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ ๒๒๑๒๗๑๕๖๐๙๓ ชื่อยา Celecoxib ๒๐๐ mg Capsule โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

ลงชื่อ.....ผู้สั่งซื้อ

(นายอรุณ ประเสริฐสุข)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

วันที่ ๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

ลงชื่อ X.....ผู้รับใบสั่งซื้อ

(นายคุณกร เศรษฐสุข)

พนักงานขาย

วันที่ ๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

เลขที่โครงการ ๒๒๑๒๗๑๕๖๐๙๓

เลขคู่สัญญา ๒๒๑๒๗๑๕๖๐๙๓

ประกาศจัดซื้อจัดจ้าง > จัดทำโครงการ > รายการโครงการ

ข้อมูลสัญญาหรือข้อตกลง

ชื่อผู้ค้า/ผู้รับจ้าง/ที่ปรึกษา	บริษัท เอฟ.ซี.พี. จำกัด					
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร	0115539002911					
ประเภทสัญญา	ใบสั่งซื้อจ้าง					
เลขที่สัญญา	ปน 0032.223/41595	รายละเอียดสัญญา				
ลงวันที่	13/11/2562					
เลขคุมสัญญา	621214238694					
วันที่เริ่มต้นสัญญาตั้งแต่	19/11/2562	จนถึง	03/10/2563	บันทึกวันที่สัญญา	ระยะเวลาคงเหลือ	290 วัน
จำนวนเงินตามสัญญา	128,000.00 บาท					
สถานะสัญญา	จัดทำสัญญา/ PO แล้ว					

รายละเอียดงวดงาน : รูปแบบการส่งมอบ รวมรายการ

งวดงาน	วันกำหนดส่งมอบงาน	วันที่ส่งมอบจริง	สัมพัทธ์งวดเงินงวดที่	เลขคุมตรวจรับ	สถานะดำเนินการ	ข้อมูลส่งมอบตรวจรับงาน
รายการ 1 : Celecoxib 200 mg Capsule						
งวดที่ 1	06/02/2563		1			รายละเอียด
งวดที่ 2	26/04/2563		2			รายละเอียด
งวดที่ 3	15/07/2563		3			รายละเอียด
งวดที่ 4	03/10/2563		4			รายละเอียด

หมายเหตุ : วันที่กำหนดส่งมอบงานสีแดง หมายถึง วันหยุดราชการ หรือวันหยุดนักขัตฤกษ์

รายละเอียดงวดเงิน : ประเภทการจ่ายเงิน จ่ายตามงวดเงินที่กำหนด (การเบิกจ่าย : ไม่ผ่านGFMS)

งวดเงิน	วันที่จ่ายเงิน	จำนวนเงินตามสัญญา	จำนวนเงินคงเหลือจ่าย	สถานะดำเนินการ	ข้อมูลเบิกจ่ายเงิน
รายการ 1 : Celecoxib 200 mg Capsule					
งวดที่ 1		32,000.00			รายละเอียด
งวดที่ 2		32,000.00			รายละเอียด
งวดที่ 3		32,000.00			รายละเอียด
งวดที่ 4		32,000.00			รายละเอียด

ข้อมูลหลักประกันสัญญา

ประเภทหลักประกัน	ประเภทหลักทรัพย์	ช่วงวันที่รับประกัน	จำนวนเงิน	สถานะหลักประกัน
------------------	------------------	---------------------	-----------	-----------------

ข้อมูลจัดทำเอกสาร

ประเภทเอกสาร	เลขที่หนังสือ	ลงวันที่	รายละเอียด	ขั้นตอนการทำงาน
หนังสือแจ้งสิทธิ์การเรียกค่าปรับ			รายละเอียด/แก้ไข	
หนังสือแจ้งสงวนสิทธิ์การเรียกค่าปรับ			รายละเอียด/แก้ไข	
หนังสือแจ้งค่าปรับ			รายละเอียด/แก้ไข	
หนังสือแจ้งจะบอกเลิกสัญญา			รายละเอียด/แก้ไข	

ข้อมูลงบประมาณ	หนังสือแจ้งให้เริ่มทำงาน	ใบสั่งซื้อ	ส่งมอบงาน	ตรวจรับงาน	จัดทำเอกสารเบิกจ่าย
		คำนวณค่าปรับ	กลับสู่นำหลัก		

ข้อมูลสัญญาหรือข้อตกลง

ชื่อผู้ค้า/ผู้รับจ้าง/ที่ปรึกษา	บริษัท เอฟ.ซี.พี. จำกัด	
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร	0115539002911	
ประเภทสัญญา	ใบสั่งซื้อสั่งจ้าง	
เลขที่สัญญา	ปน 0032.223/41595	รายละเอียดสัญญา
ลงวันที่	13/11/2562	
เลขคุมสัญญา	621214238694	
วันที่เริ่มต้นสัญญาตั้งแต่	19/11/2562	จนถึง 03/10/2563
จำนวนเงินตามสัญญา	128,000.00 บาท	
สถานะสัญญา	ส่งงานตามกำหนด	
บันทึกวันที่สัญญา	ระยะเวลาคงเหลือ	87 วัน

รายละเอียดวงงาน : รูปแบบการส่งมอบ รวมรายการ

วงงาน	วันกำหนดส่งมอบงาน	วันที่ส่งมอบจริง	สัมพันธวงเงินงวดที่	เลขคุมตรวจรับ	สถานะดำเนินการ	ข้อมูลส่งมอบตรวจรับงาน
รายการ 1 : Celecoxib 200 mg Capsule						
งวดที่ 1	06/02/2563	02/01/2563	1	6301A1069044	ตรวจรับงานเรียบร้อย	รายละเอียด
งวดที่ 2	26/04/2563	03/03/2563	2	6303A1250124	ตรวจรับงานเรียบร้อย	รายละเอียด
งวดที่ 3	15/07/2563	21/05/2563	3	6305A1390612	ตรวจรับงานเรียบร้อย	รายละเอียด
งวดที่ 4	03/10/2563		4			รายละเอียด

หมายเหตุ : วันที่กำหนดส่งมอบงานสีแดง หมายถึง วันหยุดราชการ หรือวันหยุดนักขัตฤกษ์

รายละเอียดวงเงิน : ประเภทการจ่ายเงิน จ่ายตามวงเงินที่กำหนด (การเบิกจ่าย : ไม่ผ่านGFMS)

วงเงิน	วันที่จ่ายเงิน	จำนวนเงินตามสัญญา	จำนวนเงินคงเหลือจ่าย	สถานะดำเนินการ	ข้อมูลเบิกจ่ายเงิน
รายการ 1 : Celecoxib 200 mg Capsule					
งวดที่ 1	13/02/2563	32,000.00	0.00	จ่ายเงินเรียบร้อย	รายละเอียด
งวดที่ 2	28/04/2563	32,000.00	0.00	จ่ายเงินเรียบร้อย	รายละเอียด
งวดที่ 3	09/07/2563	32,000.00	0.00	จ่ายเงินเรียบร้อย	รายละเอียด
งวดที่ 4		32,000.00			รายละเอียด

ข้อมูลหลักประกันสัญญา

ประเภทหลักประกัน	ประเภทหลักทรัพย์	ช่วงวันที่รับประกัน	จำนวนเงิน	สถานะหลักประกัน
------------------	------------------	---------------------	-----------	-----------------

ข้อมูลจัดทำเอกสาร

ประเภทเอกสาร	เลขที่หนังสือ	ลงวันที่	รายละเอียด	ขั้นตอนการทำงาน
หนังสือแจ้งสิทธิการเรียกค่าปรับ			รายละเอียด/แก้ไข	
หนังสือแจ้งสงวนสิทธิการเรียกค่าปรับ			รายละเอียด/แก้ไข	
หนังสือแจ้งค่าปรับ			รายละเอียด/แก้ไข	
หนังสือแจ้งจะบอกเลิกสัญญา			รายละเอียด/แก้ไข	

ข้อมูลงบประมาณ	หนังสือแจ้งให้เริ่มทำงาน	ใบสั่งซื้อ	ส่งมอบงาน	ตรวจรับงาน	จัดทำเอกสารเบิกจ่าย
		คำนวณค่าปรับ	กลับสู่น้ำหลัก		

ใบรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย

ส่วนราชการ.....โรงพยาบาลปัตตานี.....เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....0994000596588.....
 ที่อยู่.....เลขที่.....2.....ถนนหนองจิก.....อำเภอเมือง.....จังหวัดปัตตานี.....94000.....

ขอรับรองว่า ได้หักภาษี ณ ที่จ่าย ตามฎีกาเงินจากคลังที่.....

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้ถูกหัก ห้างหุ้นส่วนจำกัด ไฟฟ้า เซล เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0103534030078

ที่อยู่ 44/403 ซ.นวมินทร์ 147 แขวงนวลจันทร์ เขตบึงกุ่ม กรุงเทพฯ

	ประเภทเงินได้ที่จ่าย	วัน เดือน ปี ที่จ่าย	จำนวนเงินได้	ภาษี
ภาษีเงินได้นิติบุคคล	ค่าเวชภัณฑ์		6,261.68	62.62
ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา				
ค่าปรับ		- 1 ธ.ค. 2563		
.....				
		รวม	6,261.68	62.62

รวมเงินภาษี (ตัวอักษร) หกสิบสองบาทหกสิบสองสตางค์

Lowok
 (ลงชื่อ).....
 (นายเจ๊ะอิดเร๊ะ ตือเร๊ะ)
 (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี)
 ตำแหน่ง.....

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....โรงพยาบาลปัตตานี.....

ที่.....วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติจ่าย บำรุง โรงพยาบาลปัตตานี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี

ด้วยฝ่ายการเงินและบัญชีโรงพยาบาลปัตตานีใคร่ขออนุมัติจ่ายเงิน **บำรุงเพื่อชำระหนี้**

ให้แก่ บ.เอฟ ซี.ที. จก.✓

ลำดับที่	ใบเสร็จเลขที่	ใบส่งของเลขที่	ประเภท	ค่าสินค้า	VAT	รวมเงิน
1	105200500416	105200500416	ยานอวกาศบัญชี	29,906.54	2,093.46	32,000.00
2						-
3						-
4						-
5						-
6						-
7						-
8						-
9						-
10						-
11						-
12						-
13						-
14						-
15						-
16						-
17						-
18						-
19						-
20						-
21						-
22						-
23						-
24						-
25						-
26						-
27						-
28						-
รวมเป็นเงิน				29,906.54	2,093.46	32,000.00
ภาษี ณ ที่จ่าย						299.07
คงเหลือ						31,700.93

อนุมัติจ่ายจากเงินบำรุง (ฮกส.)
 เลขที่ ๑ / 410.40455
 - 1 6.ค. 2563

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายเงิน **บำรุงเพื่อชำระหนี้** ให้แก่เจ้าหนี้ ดังกล่าวต่อไป


 (นางภัทราวรรณ ขายสิงขรณ์)

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่
 หัวหน้าฝ่ายการเงินและบัญชี

อนุมัติให้จ่ายเงินได้

(นายเจ๊ะอิดเร๊ะ ตือเร๊ะ)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี