**แบบฟอร์มยืนยันรายละเอียดและราคายา/เวชภัณฑ์ที่มีอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ฯ**

เลขที่รับ..............................................

วันที่....................................................

1. ชื่อยา/เวชภัณฑ์ (Generic name) .......................................................................................................................

2. ชื่อการค้า (Trade name) ......................................................................................................................................

3. ชื่อบริษัทผู้แทนจำหน่าย .........................................................................................................................................

4. ชื่อบริษัทผู้ผลิต..................................................................................... ประเทศ ..................................................

5. รูปแบบ 🗆 tab/cap 🗆 inj ระบุ ………………………. 🗆 Infusion 🗆 ยาใช้ภายนอก

🗆 ยาน้ำ ระบุ.............................. 🗆 เวชภัณฑ์ 🗆 อื่นๆระบุ...................................................

6. ขนาดของยา (ความแรง) ..................................................ขนาดบรรจุ....................................................................

7. ราคายา ราคา/หน่วย (เม็ดหรือขวด) (ราคานี้รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม).........................................................................

8. ประเภทของยา 🗆 ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ก / ข / ค / ง) เงื่อนไขการใช้ยา ...............................................

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

🗆 ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

9. รหัสยา

9.1 รหัสยามาตรฐาน 24 หลัก .................................................................................................................

9.2 รหัสยา GPU...............................................................................................................................................

9.3 รหัสยา TPU...............................................................................................................................................

10. ราคากลาง 🗆 ไม่มี

🗆 มี ระบุ ................................................................

11. เอกสารแนบประกอบการพิจารณา

(ทำเครื่องหมาย √ ในช่อง 🗌 เฉพาะข้อที่ยื่นเอกสารเท่านั้น ต้องยื่นทุกรายการ)

* + หนังสือยืนยันราคา 1 ฉบับ ราคานี้ใช้ในการเปรียบเทียบหากมีบริษัทอื่นยื่นเสนอราคายารายการเดียวกัน

(ราคาที่เสนอเป็นราคาที่รวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว และยืนราคา 1 ปี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2568 - 30 กันยายน 2569)

* หนังสือเงื่อนไขการแลกเปลี่ยนยาหมดอายุ
* รูปภาพตัวยา และภาชนะบรรจุ ด้านหน้าและด้านหลัง (รูปสี) ไม่เกิน 2 หน้า

ลงชื่อ.............................................................................ผู้ยืนยันราคา

(............................................................................)

**หมายเหตุ**

1. ใส่ข้อมูลตามแบบฟอร์มข้างต้น 1 ชุด

2. หากมีข้อสงสัย สอบถามได้ที่ งานจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์

ชุตินฺธโร อุทิศ โทร 02-4293670, 064-2569660 หรือ id line : pharmacy01

3. กรุณากรอกข้อความให้ครบทุกข้อ

4. นำส่งเอกสารที่ นางสาวอรวรรณ กันหาชาติ งานจัดซื้อเวชภัณฑ์ กลุ่มงานเภสัชกรรม

ภายในเดือน มิถุนายน 2568

5. บริษัทที่ยืนยันราคาต้องเป็นยา/เวชภัณฑ์เดิมที่อยู่ในบัญชียา รพ. ปีงบประมาณ 2568

**เอกสารมี 2 หน้า**