



ประกาศโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อมยา Nilotinib ๑๕๐ mg capsule, hard, ๑ capsule ขนาดบรรจุ ๒๘ capsule จำนวน ๑๐๐ กล่อง โดยวิธีเฉพาะเจาะจง
ก. ๖๕/๖๗

ตามที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ได้มีหนังสือเชิญชวนสำหรับ ซื้อมยา Nilotinib ๑๕๐ mg capsule, hard, ๑ capsule ขนาดบรรจุ ๒๘ capsule จำนวน ๑๐๐ กล่อง โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น

nilotinib ๑๕๐ mg capsule, hard, ๑ capsule (GPU) (๕๑๙๙๙๙๙๙ - ๒๐๗๒๗๙) จำนวน ๑๐๐ กล่อง/box ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท ซิลลิค ฟาร์มา จำกัด (ขายส่ง,ขายปลีก,ให้บริการ) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๒,๐๘๑,๑๕๐.๐๐ บาท (สองล้านแปดหมื่นหนึ่งพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๖ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

พลเรือตรี

(दनัย ปานแดง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

กรมแพทย์ทหารเรือ

แบบใบเสนอราคา



เรียน ประธานกรรมการจัดซื้อโดยวิธีเฉพาะเจาะจง

๑. ข้าพเจ้า บริษัท ซิลลิค ฟาร์มา จำกัด เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105539106911
 อยู่เลขที่ 2 อาคารเพลินิจิตเซ็นเตอร์ ชั้น 8-9 ถนน สุขุมวิท ตำบล/แขวง คลองเตย
 อำเภอ/เขต คลองเตย จังหวัด กรุงเทพฯ โทรศัพท์ 0-2656-9800
 โดย นายณพลสิทธิ์ เชื้อบัณฑิต ผู้ลงนามข้างท้ายนี้ ได้พิจารณาเงื่อนไขต่างๆ
 ในเอกสารเชิญมาเสนอราคาซื้อเลขที่ ภ.65/67 และเอกสารเพิ่มเติมเลขที่ -
 (ถ้ามี) โดยตลอดและยอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขนั้นแล้ว รวมทั้งรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน
 ตามที่กำหนดและไม่เป็นผู้ทำงานของทางราชการ

๒. ข้าพเจ้าขอเสนอรายการพัสดุ รวมทั้งบริการ ซึ่งกำหนดไว้ในเอกสารเชิญมาเสนอราคาตามราคา
 และกำหนดเวลาส่งมอบ ดังต่อไปนี้

ที่	รายการ	ราคาต่อหน่วย	ภาษีมูลค่าเพิ่ม (ถ้ามี)	จำนวน	รวมเป็นเงิน	กำหนด ส่งมอบ
1.	Nilotinib 150 mg capsule, hard, 1 capsule (จำนวนบรรจุในหน่วยบรรจุ) ขนาดบรรจุ 28 แคปซูล (ชื่อการค้า) TASIGNA HGC 150 MG 7X4'S GPU207279..... TPU148236.....	20,811.50	1,361.50	100 กล่อง max 96 box min 1 Box	2,081,150.00	ไม่เกิน 15 วัน ทำการ นับถัด จากวันลงนาม ในใบสั่งซื้อ ในแต่ละคราว
		เลขใบกำกับภาษี	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี	รวมเงินมูลค่า	บาท	ค่าภาษีเงิน
			๖๗๐๖๐๒๘๒๖๗	2081150	บาท	๖ บาท

ราคารวมทั้งสิ้น 2,081,150.00 บาท (สองล้านแปดหมื่นหนึ่งพันหนึ่งร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

ซึ่งเป็นราคาที่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม รวมทั้งภาษีอากรอื่น และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว

๓. คำเสนอนี้จะยืนยันอยู่เป็นระยะเวลา 90 วัน นับตั้งแต่วันที่ 18 มิถุนายน 2567
 ถึงวันที่ 16 กันยายน 2567 และโรงพยาบาลอาจรับคำเสนอนี้ ณ เวลาใดก็ได้ก่อนที่จะครบ

กำหนดระยะเวลาดังกล่าวหรือระยะเวลาที่ยืดออกไปตามเหตุผลอันสมควรที่โรงพยาบาลร้องขอ

๔. ในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับการพิจารณาให้เป็นผู้ชนะการเสนอราคา ข้าพเจ้ารับรองที่จะ

๔.๑ ทำสัญญาตามแบบสัญญาจะซื้อจะขาย แบบท้ายเอกสารเชิญมาเสนอราคากับโรงพยาบาล
 ภายใน 15 วัน นับตั้งแต่วันที่ถัดจากวันที่ได้รับหนังสือแจ้งให้ไปทำสัญญา

๔.๒ มอบหลักประกันการปฏิบัติตามสัญญาตามที่ระบุไว้ใน ข้อ ๕. ของเอกสารเสนอราคาให้แก่
 โรงพยาบาลก่อนหรือในขณะที่ได้ลงนามในสัญญา เป็นจำนวนร้อยละ 5 ของราคาตามสัญญาที่ได้รับ
 ไว้ในใบเสนอราคานี้ เพื่อเป็นหลักประกันการปฏิบัติตามสัญญาโดยถูกต้องและครบถ้วน

น.อ.
 น.ค.
 น.ค.

หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติให้ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ข้างต้นนี้ ข้าพเจ้ายินดีชดใช้ค่าเสียหายใดที่อาจมีแก่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลมีสิทธิจะให้ผู้เสนอราคารายอื่นเป็นผู้เสนอราคาได้หรือโรงพยาบาลอาจเรียกเสนอราคาใหม่ก็ได้

๕. ข้าพเจ้ายอมรับว่าโรงพยาบาลไม่มีความผูกพันที่จะรับคำเสนอนี้ หรือใบเสนอราคาใด ๆ รวมทั้งไม่ต้องรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายใด ๆ อันอาจเกิดขึ้นในการที่ข้าพเจ้าได้เข้าเสนอราคา

๖. บรรดาหลักฐานประกอบการพิจารณา เช่น ตัวอย่าง (Sample) แคตตาล็อก แบบรูป รายการละเอียด คุณลักษณะเฉพาะ (Specification) ซึ่งข้าพเจ้าได้ส่งให้แก่โรงพยาบาลพร้อมใบเสนอราคา ข้าพเจ้ายินยอมมอบให้โรงพยาบาลไว้เป็นเอกสารและทรัพย์สินของทางราชการ

สำหรับตัวอย่างที่เหลือหรือไม่ใช้แล้ว ซึ่งโรงพยาบาลคืนให้ ข้าพเจ้าจะไม่เรียกค่าเสียหายใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวอย่างนั้น

๗. ข้าพเจ้าได้ตรวจทานตัวเลขและตรวจสอบเอกสารต่าง ๆ ที่ได้ยื่นพร้อมใบเสนอราคานี้โดยละเอียดแล้ว และเข้าใจดีว่าโรงพยาบาลไม่ต้องรับผิดชอบใด ๆ ในความผิดพลาดหรือตกหล่น

๘. ใบเสนอราคานี้ได้ยื่นเสนอโดยบริสุทธิ์ยุติธรรม และปราศจากกลฉ้อฉลหรือการสมรู้ร่วมคิดกันโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือหลายบุคคล หรือกับห้างหุ้นส่วนบริษัทใด ๆ ที่ได้ยื่นเสนอราคาในคราวเดียวกัน

เสนอมา ณ วันที่ 18 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567

ลงชื่อ _____

(นายณพลสิทธิ์ เชื้อบัณฑิต)

ตำแหน่ง _____ ผู้รับมอบอำนาจ

ประทับตรา (ถ้ามี)

น.อ. 
น.ต. นอภ 
น.ต. นอภ 