



ประกาศโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

เรื่อง ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อยา Omalizumab ๑๕๐ mg powder and solvent for solution for injection, ๑ vial จำนวน ๑๗๐ vial โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

๗.๖๗/๗๗

ตามที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ ได้มีหนังสือเชิญชวนสำหรับ ซื้อยา Omalizumab ๑๕๐ mg powder and solvent for solution for injection, ๑ vial จำนวน ๑๗๐ vial โดยวิธีเฉพาะเจาะจง นั้น

omalizumab ๑๕๐ mg powder and solvent for solution for injection, ๑ vial (GPU) (๕๑๙๙๙๙๙๙ - ๕๗๓๐๖๒) จำนวน ๑๗๐ กล่อง/box ผู้ได้รับการคัดเลือก ได้แก่ บริษัท ซิลลิค ฟาร์มา จำกัด (ขายส่ง,ขายปลีก,ให้บริการ) โดยเสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น ๒,๙๐๙,๔๙๐.๕๐ บาท (สองล้านเก้าแสนเก้าพันสี่ร้อยเก้าสิบบาทห้าสิบบสตางค์) รวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่น ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

ประกาศ ณ วันที่ ๑๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

พลเรือตรี

(दनัย पानदंग)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

กรมแพทยทหารเรือ

แบบใบเสนอราคา

เรียน ประธานกรรมการจัดซื้อโดยวิธีเฉพาะเจาะจง

๑. ข้าพเจ้า บริษัท ชิลลิก 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 นายรชต ทรัพย์พัฒน์ ผู้ลงนามข้างท้ายนี้ ได้พิจารณาเงื่อนไขต่างๆ
ในเอกสารเชิญมาเสนอราคาซื้อเลขที่ ภ.17/67 และเอกสารเพิ่มเติมเลขที่ -
(ถ้ามี) โดยตลอดและยอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขนั้นแล้ว รวมทั้งรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน
ตามที่กำหนดและไม่เป็นผู้ทำงานของทางราชการ

๒. ข้าพเจ้าขอเสนอรายการพัสดุ รวมทั้งบริการ ซึ่งกำหนดไว้ในเอกสารเชิญมาเสนอราคาตามราคา
และกำหนดเวลาส่งมอบ ดังต่อไปนี้

ที่	รายการ	ราคาต่อหน่วย	ภาษีมูลค่าเพิ่ม (ถ้ามี)	จำนวน	รวมเป็นเงิน	กำหนด ส่งมอบ
1.	Omalizumab 150 mg powder and solvent for solution for injection, 1 vial (จำนวนบรรจุในหน่วยบรรจุ)ขนาดบรรจุ 1 vial (ชื่อการค้า) XOLAIR LYVI 150 Mg_NEW WFI GPU573062..... TPU573089.....	17,114.65	1,119.65	170 กล่อง max min	2,909,490.50 116 Box 2 Box	ไม่เกิน 15 วัน ทำการ นับถัด จากวันลงนาม ในใบสั่งซื้อ ในแต่ละคราว
				รวมเงินทั้งสิ้น 2,909,544.90	บาท	
				เลขใบกำกับ 66129042015		

ราคารวมทั้งสิ้น 2,909,490.50 บาท (สองล้านเก้าแสนเก้าพันสี่ร้อยเก้าสิบบาทห้าสิบบาทห้าสตางค์)

ซึ่งเป็นราคาที่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม รวมทั้งภาษีอากรอื่น และค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้ด้วยแล้ว

๓. คำเสนอนี้จะยื่นอยู่เป็นระยะเวลา 90 วัน นับตั้งแต่วันที่ 18 ธันวาคม 2566
ถึงวันที่ 17 มีนาคม 2567 และโรงพยาบาลอาจรับคำเสนอนี้ ณ เวลาใดก็ได้ก่อนที่จะครบ

กำหนดระยะเวลาดังกล่าวหรือระยะเวลาที่ได้ยื่นออกไปตามเหตุผลอันสมควรที่โรงพยาบาลร้องขอ

๔. ในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับการพิจารณาให้เป็นผู้ชนะการเสนอราคา ข้าพเจ้ารับรองที่จะ

๔.๑ ทำสัญญาตามแบบสัญญาจะซื้อจะขาย แบบท้ายเอกสารเชิญมาเสนอราคากับโรงพยาบาล
ภายใน 15 วัน นับตั้งแต่วันที่ถัดจากวันที่ได้รับหนังสือแจ้งให้ไปทำสัญญา

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

หากข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติให้ครบถ้วนตามที่ระบุไว้ข้างต้นนี้ ข้าพเจ้ายินดีชดเชยค่าเสียหายใดที่อาจมีแก่โรงพยาบาลและโรงพยาบาลมีสิทธิจะให้ผู้เสนอราคารายอื่นเป็นผู้เสนอราคาได้หรือโรงพยาบาลอาจเรียกเสนอราคาใหม่ก็ได้

๕. ข้าพเจ้ายอมรับว่าโรงพยาบาลไม่มีความผูกพันที่จะรับคำเสนอนี้ หรือใบเสนอราคาใด ๆ รวมทั้งไม่ต้องรับผิดชอบในค่าใช้จ่ายใด ๆ อันอาจเกิดขึ้นในการที่ข้าพเจ้าได้เข้าเสนอราคา

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

สำหรับตัวอย่างที่เหลือหรือไม่ใช้แล้ว ซึ่งโรงพยาบาลคืนให้ ข้าพเจ้าจะไม่เรียกค่าเสียหายใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวอย่างนั้น

๗. ข้าพเจ้าได้ตรวจทานตัวเลขและตรวจสอบเอกสารต่าง ๆ ที่ได้ยื่นพร้อมใบเสนอราคานี้โดยละเอียดแล้ว และเข้าใจดีว่าโรงพยาบาลไม่ต้องรับผิดชอบใด ๆ ในความผิดพลาดหรือตกหล่น

๘. ใบเสนอราคานี้ได้ยื่นเสนอโดยบริสุทธิ์ยุติธรรม และปราศจากกล้อฉลหรือการสมรู้ร่วมคิดกันโดยไม่ชอบด้วยกฎหมายกับบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือหลายบุคคล หรือกับห้างหุ้นส่วนบริษัทใดๆ ที่ได้ยื่นเสนอราคาในคราวเดียวกัน

เสนอมา ณ วันที่ 18 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566

ลงชื่อ _____

(นายรชต วรรณไพฑิพัทธ์)

ตำแหน่ง _____ ผู้รับมอบอำนาจ

ประทับตรา (ถ้ามี)