



## ประกาศกรุงเทพมหานคร

เรื่อง สอบราคาซื้อตู้อบเด็กแบบเคลื่อนย้าย (Transport Incubator)  
จำนวน ๑ เครื่อง

ดังนี้

กรุงเทพมหานครมีความประสงค์จะสอบราคาซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ จำนวน ๑ รายการ ตามรายการ

- |   |                      |
|---|----------------------|
| ๑. ตู้อบเด็กแบบเคลื่อนย้าย (Transport Incubator)..... | จำนวน ๑ เครื่อง..... |
| ๒. ....   | จำนวน.....           |
| ๓. ....   | จำนวน.....           |
| ๔. ....   | จำนวน.....           |

ผู้มีสิทธิเสนอราคาจะต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

๑. เป็นผู้มิอาชีพขายพัสดุที่สอบราคาซื้อดังกล่าว
๒. ไม่เป็นผู้ที่ถูกระบุชื่อไว้ในบัญชีรายชื่อผู้ทำงานของทางราชการและได้แจ้งเวียนชื่อแล้ว หรือไม่เป็นผู้ที่ได้รับผลของการสั่งให้นิติบุคคลหรือบุคคลอื่นเป็นผู้ทำงานตามระเบียบของทางราชการ
๓. ไม่เป็นผู้ได้รับเอกสิทธิ์หรือความคุ้มกัน ซึ่งอาจปฏิเสธไม่ยอมขึ้นศาลไทย เว้นแต่รัฐบาลของผู้เสนอราคาได้มีคำสั่งให้สละสิทธิ์ความคุ้มกันเช่นนั้น
๔. ไม่เป็นผู้มีผลประโยชน์ร่วมกันกับผู้เสนอราคารายอื่นที่เข้าเสนอราคาให้แก่กรุงเทพมหานคร วันประกาศสอบราคา หรือไม่เป็นผู้กระทำการอันเป็นการขัดขวางการแข่งขันราคาอย่างเป็นธรรม ในการสอบราคาซื้อครั้งนี้

กำหนดยื่นของสอบราคา ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๕๘ ในวันและเวลาราชการ (ตั้งแต่เวลา ๐๘.๐๐ น. ถึงเวลา ๑๖.๐๐ น.) ณ สำนักงานเลขที่ ๕๔๓ (ฝ่ายพัสดุ ชั้น ๔ อาคารสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช (อาคาร ๑๗ ชั้น) โรงพยาบาลตากสิน สำนักการแพทย์) ถนนสมเด็จพระเจ้าอยุธยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร

กำหนดประกาศรายชื่อผู้เสนอราคาที่มีสิทธิได้รับการคัดเลือก ปรากฏว่ามีคุณสมบัติไม่เป็น ผู้มีผลประโยชน์ร่วมกันกับผู้เสนอราคารายอื่น และไม่ปรากฏว่าผู้เสนอราคากระทำการอันเป็นการขัดขวาง การแข่งขันราคาอย่างเป็นธรรม ในวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๘ เวลา ๑๔.๐๐ น.

กำหนดเปิดซองสอบราคา ในวันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๘ ตั้งแต่เวลา ๑๔.๓๐ น. เป็นต้นไป

ผู้สนใจติดต่อขอรับ / ชื่อเอกสารสอบราคาในราคาชุดละ.....บาทได้ที่สำนักงานเลขที่ ๕๔๓ (ฝ่ายพัสดุ ชั้น ๔ อาคารสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช (อาคาร ๑๗ ชั้น) โรงพยาบาลตากสิน สำนักงานการแพทย์) ถนนสมเด็จพระเจ้าอยุธยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ ..๑๕..พฤษภาคม ๒๕๕๗..... ถึงวันที่.....๑๕..มิถุนายน ๒๕๕๗..... ระหว่างเวลา ๐๘.๐๐ น. ถึง ๑๖.๐๐ น. หรือสอบถามทางโทรศัพท์ หมายเลข ๐-๒๕๖๓-๑๐๖๖, ๐-๒๕๖๓-๑๓๗๗, ๐-๒๕๓๗-๐๑๒๓, ต่อ ๑๔๐๙, ๑๔๑๐ โทรสาร ๐-๒๕๓๗-๖๘๙๕ ในวันและเวลาราชการ

โดยผู้สนใจติดต่อขอรับ/ชื่อเอกสาร ต้องนำเอกสารมายื่นกับโรงพยาบาลตากสิน ดังนี้

๑. หนังสือมอบอำนาจปิดอากรแสตมป์ตามกฎหมาย พร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้มอบอำนาจ และผู้รับมอบอำนาจ

๒. สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคลฯ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้มีอำนาจทำนิติกรรมแทนนิติบุคคล

๓. สำเนาใบทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม (ภพ.๒๐) พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้มีอำนาจทำนิติกรรมแทนนิติบุคคล

ผู้สนใจขอรับเอกสารควรจะต้องเป็นผู้ที่ลงทะเบียนในระบบอิเล็กทรอนิกส์ของกรมบัญชีกลางที่เว็บไซต์ศูนย์ข้อมูลจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ ([www.gprocurement.go.th](http://www.gprocurement.go.th)) แล้วเท่านั้น

ประกาศ ณ วันที่.....๑๕..พฤษภาคม ๒๕๕๗.....

(ลงชื่อ).....

(นางเลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง)

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฝ่ายการแพทย์  
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน