



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลฮอด โทร ๐ ๕๓๔๖ ๑๑๙๖ ต่อ ๕๑๓

ที่ ชม ๐๐๓๓.๓๐๓/๖๕-๐๐๑

วันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๘

เรื่อง รายงานขอซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๑ รายการ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

ด้วย โรงพยาบาลฮอด กลุ่มงานทันตกรรม มีความประสงค์จัดซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๑ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลและความจำเป็นที่ต้องซื้อ-จ้าง

เพื่อใช้ในการบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลฮอด

๒. รายละเอียดของพัสดุ

๒.๑. Heavy body silicone impression material จำนวน ๒ กล่อง

๓. ราคาากลางและรายละเอียดของราคาากลาง ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๔ ว่าด้วยเรื่องราคาากลาง (๔) ราคาที่ได้มาจากการสืบราคาจากท้องตลาด จำนวน ๑๙๐๐.- บาท (หนึ่งพันเก้าร้อยบาทถ้วน)

๔. วงเงินที่จะขอซื้อครั้งนี้

เงินบำรุง รพ. ฮอด ปีงบประมาณ ๒๕๖๙ จำนวน ๑๙๐๐.- บาท (หนึ่งพันเก้าร้อยบาทถ้วน)

๕. กำหนดเวลาทำงานแล้วเสร็จภายใน ๙๐ วัน นับถัดจากวันลงนามในใบสั่งซื้อ

๖. วิธีที่จะจ้างและเหตุผลที่ต้องจ้าง

ดำเนินการจ้างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง เนื่องจาก การจัดซื้อจัดจ้างพัสดุที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกิน ๕๐๐,๐๐๐ บาท ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๗. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอ โดยใช้เกณฑ์ราคา

๘. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการต่างๆ

ผู้ตรวจรับพัสดุ

- นางสาวสิริธร ลิขิตวรกุล ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ

อำนาจและหน้าที่ คือทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขของสัญญาหรือข้อตกลงนั้น

๙. อำนาจในการอนุมัติให้ดำเนินการจัดซื้อครั้งนี้ เป็นอำนาจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลฮอด ตามคำสั่งจังหวัดเชียงใหม่ ที่ ๕๔๐๔/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงาน  
ขอซื้อขอย้างดังกล่าวข้างต้น

ลงชื่อ.....1 ชาติ.....เจ้าหน้าที่

(นางสาวเยาวลักษณ์ สุธรรมพร)

ทันตแพทย์ชำนาญการ

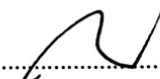


ลงชื่อ.....หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายวีรวัฒน์ อัครวงศ์พิพัฒน์)

ทันตแพทย์ชำนาญการ

อนุมัติ/ดำเนินการ

ลงชื่อ..........ผู้อนุมัติ

(นายพนพล บุญเฉลย)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฮอด

\*ซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๑ รายการ เป็นเงิน ๑๙๐๐.- บาท

เอกสารแนบท้ายแบบฟอร์มขออนุมัติซื้อวัสดุทันตกรรม เลขที่ ชม ๐๐๓๓.๓๐๓/๖๙-๐๐๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

จำนวน ๑ รายการ

| ลำดับ | รายการ                                     | อัตราการใช้ต่อเดือน<br>โดยประมาณ | คงเหลือใน<br>คลัง | คงเหลือใช้จริง<br>ณ วันที่<br>๙ ตุลาคม<br>๒๕๖๘ | ต้องการ<br>ซื้อ | ราคาต่อ<br>หน่วย | ราคาที่จะ<br>ซื้อ | ซื้อครั้งล่าสุด | หมายเหตุ                   |
|-------|--------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|------------------------------------------------|-----------------|------------------|-------------------|-----------------|----------------------------|
| ๑     | Heavy body silicone<br>impression material | ๑ กล่อง/ ๓ เดือน                 | ๐ กล่อง           | ๐ กล่อง                                        | ๒               | ๙๕๐              | ๑๙๐๐              | ไม่เคยจัดซื้อ   | ใช้ในงาน<br>ทำฟัน<br>เทียม |

หมายเหตุ : รายการ heavy body silicone ใช้ในงานกำหนดขอบเขตฟันเทียมทดแทนวัสดุเดิม ซึ่งใช้ green stick compound wax เนื่องจากไม่สามารถจัดซื้อได้

รวมราคา ๑๙๐๐.- บาท (หนึ่งพันเก้าร้อยบาทถ้วน)

๒๓-  
(นางสาวเยาวลักษณ์ สุธรรมพร)  
ผู้กำหนดขอบเขตงาน

ขอบเขตของงานหรือรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะ

| ลำดับ | รายการ/คุณลักษณะเฉพาะ                   | จำนวน | หน่วย | ราคากลาง | ราคาที่จัดซื้อ/จ้าง | รวมเป็นเงิน |
|-------|-----------------------------------------|-------|-------|----------|---------------------|-------------|
| ๑     | Heavy body silicone impression material | ๒     | กล่อง | ๙๕๐      | ๙๕๐                 | ๑๙๐๐        |

(หนึ่งพันเก้าร้อยบาทถ้วน) ๑๙๐๐.- บาท

ยพมิ

(นางสาวเยาวลักษณ์ สุธรรมพร)

ผู้กำหนดขอบเขตงาน



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลฮอด โทร ๐ ๕๓๔๖ ๑๑๔๖ ต่อ ๕๑๓

ที่ ขม.๐๐๓๓.๓๐๓/๖๙-๐๐๑

วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๘

เรื่อง รายงานผลการพิจารณาและขออนุมัติสั่งซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๑ รายการ

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

ขอรายงานผลการพิจารณาจัดซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๑ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจงดังนี้

| รายการพิจารณา                   | รายชื่อผู้ยื่นข้อเสนอ                                    | ราคาข้อเสนอ* | ราคาที่ตกลงซื้อหรือจ้าง* |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|
| ๑. วัสดุทันตกรรม จำนวน ๑ รายการ | บริษัท พร้อมท์ เดนทัล<br>แอนด์ เมดิคอล ซัพ<br>พลาย จำกัด | ๑๙๐๐.-       | ๑๙๐๐.-                   |
| รวม (หนึ่งพันเก้าร้อยบาทถ้วน)   |                                                          |              | ๑๙๐๐.-                   |

\*ราคาที่เสนอและราคาที่ตกลงซื้อจ้าง เป็นรวมภาษีมูลค่าเพิ่มและภาษีอื่นๆ ค่าขนส่ง ค่าจดทะเบียน และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งปวง

โดยเกณฑ์การพิจารณาผลการยื่นข้อเสนอครั้งนี้ จะพิจารณาตัดสินโดยใช้หลักเกณฑ์ราคา  
โรงพยาบาลฮอด (กลุ่มงานทันตกรรม) พิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดซื้อ จากผู้เสนอราคาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้สั่งซื้อจากผู้เสนอราคาดังกล่าว

ลงชื่อ..........เจ้าหน้าที่

(นางสาวเอวลักษณ์ สุธรรมพร)

ทันตแพทย์ชำนาญการ

ลงชื่อ..........หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายวีรวัฒน์ อัครวงศ์พิพัฒน์)

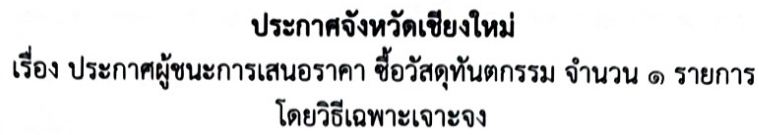
ทันตแพทย์ชำนาญการ

ลงชื่อ..........ผู้อนุมัติ

(นายพนพล บุญเฉลย)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฮอด



|                                            |       |         |
|--------------------------------------------|-------|---------|
| ๑. Heavy body silicone impression material | จำนวน | ๒ กล่อง |
|--------------------------------------------|-------|---------|

ประกาศ ณ วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๘

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสต



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลสอต โทร ๐ ๕๓๔๖ ๑๑๙๖ ต่อ ๕๑๓

ที่ ชม ๐๐๓๓.๓๐๓/๖๙-๐๐๑

วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา จัดซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๑ รายการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอต

### ต้นเรื่อง

ตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ มาตรา ๖๖ ให้หน่วยงานของรัฐประกาศผลผู้ชนะการจัดซื้อจัดจ้างหรือผู้ใดได้รับการคัดเลือกและเหตุผลสนับสนุนในระบบเครือข่ายสารสนเทศของกรมบัญชีกลางและของหน่วยงานของรัฐตามวิธีการที่กรมบัญชีกลางกำหนดและให้ปิดประกาศโดยเปิดเผย ณ สถานที่ปิดประกาศของหน่วยงานของรัฐนั้น และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๔๒ เมื่อหัวหน้าหน่วยงานของรัฐให้ความเห็นชอบรายงานผลการพิจารณาและผู้มีอำนาจอนุมัติซื้อหรือจ้างแล้ว ให้หัวหน้าเจ้าหน้าที่ประกาศผลผู้ชนะการซื้อหรือจ้างในระบบเครือข่ายสารสนเทศของกรมบัญชีกลางและของหน่วยงานของรัฐตามวิธีการที่กรมบัญชีกลางกำหนด และให้ปิดประกาศโดยเปิดเผย ณ สถานที่ปิดประกาศของหน่วยงานของรัฐนั้น และแจ้งให้ผู้เสนอราคาทุกรายการผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) ตามแบบที่กรมบัญชีกลางกำหนด และข้อ ๕๙ ให้นำความในข้อ ๔๒ มาใช้บังคับการประกาศผลชนะการซื้อหรือจ้างโดยวิธีประกวดราคาอิเล็กทรอนิกส์โดยอนุโลม

### ข้อเสนอ

เพื่อให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๖๖ และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๔๒ และข้อ ๕๙ จึงขออนุญาตเผยแพร่ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๑ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง บนที่อยู่เว็บของโรงพยาบาลสอต

### ข้อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบโปรดอนุญาตให้เผยแพร่ประกาศผู้ชนะการเสนอราคา ซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๑ รายการ โดยวิธีเฉพาะเจาะจง บนที่อยู่เว็บของโรงพยาบาลสอต ต่อไป  
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

๒๗/๑๐

(นางสาวเยาวลักษณ์ สุธรรมพร)

เจ้าหน้าที่

(นางสาวปิยะวรรณ เกษมศรี)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

(นายวีรวัฒน์ อัครวงศ์พิพัฒน์)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่

(นายพนตล บุญเฉลย)

นายแพทย์ชำนาญการ

รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอต

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
เรื่องแนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑  
สำหรับหน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

|                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                 |
| ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลฮอด<br>วัน/เดือน/ปี : ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๘<br>หัวข้อ : ประกาศเผยแพร่ผู้ชนะการเสนอราคาจัดซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๑ รายการ<br>รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) :<br>รายงานขอซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๑ รายการ<br>Link ภายนอก : ไม่มี<br>หมายเหตุ : ..... |                                                                                                                                                                                 |
| ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล<br><br>๒๕๖๘<br>(นางสาวเยาวลักษณ์ สุธรรมพร)<br>ทันตแพทย์ชำนาญการ<br>เจ้าหน้าที่<br>๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๘                                                                                                                                                      | ผู้อนุมัติรับรอง<br><br>(นายวีรวัฒน์ อัครวงศ์พิพัฒน์)<br>หัวหน้าเจ้าหน้าที่<br>๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๘ |
| ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่<br><br>(นายวุฒินันท์ อินตา)<br>เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์<br>๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๘                                                                                  |                                                                                                                                                                                 |



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลสตูล โทร ๐ ๕๓๔๖ ๑๑๔๖ ต่อ ๕๑๓

ที่ ชม ๐๐๓๓.๓๐๓/๖๔-๐๐๑

วันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๘

เรื่อง หลักการและเหตุผลเพื่อขออนุมัติดำเนินการขอซื้อวัสดุทันตกรรมจำนวน ๑ รายการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตูล

ด้วย กลุ่มงานทันตกรรมมีความประสงค์ขอ ดำเนินการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม จำนวน ๑ รายการ

๑.รายละเอียดความต้องการขอซื้อ/ขอจ้างมีวงเงินโดยประมาณ ๑๔๐๐ บาท (หนึ่งพันเก้าร้อยบาทถ้วน) ตามรายการ

ดังต่อไปนี้ (ระบุชนิด จำนวน และคุณลักษณะ ให้ชัดเจน)

| ลำดับ | รายการ                                           | อัตราการใช้ต่อเดือน<br>โดยประมาณ | คงเหลือ<br>ในคลัง | คงเหลือใช้<br>จริง<br>ณ วันที่<br>๔ ตุลาคม<br>๒๕๖๘ | ต้อง<br>การซื้อ | ราคาต่อ<br>หน่วย | ราคาที่จะ<br>ซื้อ | ซื้อครั้ง<br>ล่าสุด | หมายเหตุ               |
|-------|--------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------|-----------------|------------------|-------------------|---------------------|------------------------|
| ๑     | Heavy body<br>silicone<br>impression<br>material | ๑ กล่อง/ ๑ เดือน                 | ๐ กล่อง           | ๐ กล่อง                                            | ๒               | ๗๕๐              | ๑๔๐๐              | ไม่เคยจัดซื้อ       | ใช้ในงานทำ<br>ฟันเทียม |

๒.เหตุผลความจำเป็นในการขอซื้อ/ขอจ้าง๒๕๖๗ เพื่อ(กรณีมีความจำเป็นเร่งด่วนให้ระบุเหตุผลให้ชัดเจน)

เพื่อใช้ในงานบริการทันตกรรมในโรงพยาบาล

๓.ขออนุมัติการขอซื้อ/ขอจ้าง ครั้งนี้เป็นการดำเนินการ ☒ ตามแผน ☐ นอกแผนกรณีเร่งด่วน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

☐ โครงการที่ได้รับอนุมัติตามปีงบประมาณ.....ชื่อโครงการ.....

ขอซื้อครั้งนี้ ๑๔๐๐บาท โดยยอดวงเงินสะสมที่ได้ซื้อไปแล้วในปีงบประมาณ คือ ๐ บาท จากวงเงินรวมตามแผน บาท

๔.รายชื่อคณะกรรมการดำเนินการขอซื้อ/ขอจ้างและกำหนดคุณลักษณะ

๔.๑.....ตำแหน่ง..... ☐ เห็นชอบ ☐ ไม่เห็นชอบ เป็นประธานฯ

๔.๒.....ตำแหน่ง..... ☐ เห็นชอบ ☐ ไม่เห็นชอบ เป็นกรรมการ

๔.๓.....ตำแหน่ง..... ☐ เห็นชอบ ☐ ไม่เห็นชอบ เป็นกรรมการ

๕.รายชื่อคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ/การจ้าง

๕.๑ นางสาวสิริธร ลิขิตวรกุล ตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการ ประธานกรรมการตรวจรับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....ผู้แจ้งความประสงค์

(นางสาวเยาวลักษณ์ สุธรรมพร)

ตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการ

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ

(นางสาวประทีป วินิธานันท์)

ตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการ

อนุมัติ

(นายณพดล บุญเฉลย)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตูล

...../...../.....



# PromptDent

บริษัท พรอมท์ เดนทัล แอนด์ เมดิคอล ซัพพลาย จำกัด (สำนักงานใหญ่)  
21 ซอยบางนา-ตราด 29 แขวงบางนาเหนือ เขตบางนา  
กรุงเทพมหานคร 10260  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105561005455  
โทร. 02-170-8065  
เบอร์มือถือ 098-262-9553  
โทรสาร 02-170-8066  
www.promptdent.com

ลูกค้า  
โรงพยาบาลชอด  
แผนกทันตกรรม 294 หมู่10 ตำบลทางดง อำเภอชอด จังหวัดเชียงใหม่ 50240

## ใบเสนอราคา

เลขที่ QT2025070216  
วันที่ .....  
ผู้ขาย PromptDent  
เบอร์โทร 053461095

| ลำดับ                     | รายละเอียด | จำนวน   | ราคาต่อหน่วย | ส่วนลด | ภาษี | มูลค่า       |
|---------------------------|------------|---------|--------------|--------|------|--------------|
| 1                         | heavy body | 2 กล่อง | 950.00       |        | 7 %  | 1,900.00     |
| รวมเป็นเงิน               |            |         |              |        |      | 1,900.00 บาท |
| มูลค่าที่ไม่มี/ยกเว้นภาษี |            |         |              |        |      | 0.00 บาท     |
| มูลค่าที่คำนวณภาษี        |            |         |              |        |      | 1,775.70 บาท |
| ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%        |            |         |              |        |      | 124.30 บาท   |
| จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น      |            |         |              |        |      | 1,900.00 บาท |
| (หนึ่งพันเก้าร้อยบาทถ้วน) |            |         |              |        |      |              |

หมายเหตุ  
กำหนดยื่นราคา 30 วัน  
กำหนดส่งมอบสินค้าภายใน 90 วัน  
บริษัทหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการพิจารณาสั่งซื้อจากท่านในเร็ววันนี้

ในนาม บริษัท พรอมท์ เดนทัล แอนด์ เมดิคอล ซัพพลาย จำกัด

ในนาม โรงพยาบาลชอด

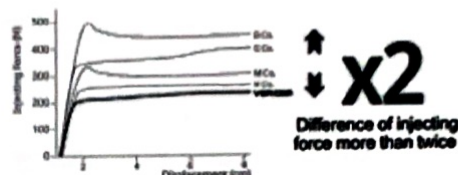
ผู้สั่งซื้อสินค้า

วันที่

ผู้อนุมัติ

วันที่

บริษัท พรอมท์ เดนทัล แอนด์ เมดิคอล ซัพพลาย จำกัด  
(สำนักงานใหญ่) 21 ซอยบางนา-ตราด 29  
แขวง บางนาเหนือ เขต บางนา กรุงเทพมหานคร 10260  
โทร : 02-170-8065, 098-262-9553 แฟกซ์ : 02-170-8066  
อีเมลล์ : [info@promptdent.com](mailto:info@promptdent.com) เว็บไซต์ : [www.promptdent.com](http://www.promptdent.com)



## Vonflex S Heavy

ซิลิโคนพิมพ์ฟัน ชนิดชั้นรองฐานเทอร์พิมพ์ฟัน ใช้สำหรับพิมพ์ฟันที่มีรายละเอียดสูง โดยเฉพาะงานที่ใช้เทคนิคแบบสองขั้นตอน และ หนึ่งขั้นตอนในการพิมพ์ มีความเหนียว และไม่มีสารพิษในระหว่าง เซตตัว

### คุณสมบัติหลัก

- วัสดุฐานและ ตัวเร่ง ง่ายต่อการใช้งาน
- วัสดุมีความเหลวขึ้น
- มีแรงต้านทานการฉีกขาดสูง
- มีความยืดหยุ่นได้สูง
- โครงสร้างหลังจากเซตตัวมีความคงตัวถาวร
- ไม่เหนียวติด

หนึ่งกล่อง ประกอบด้วย 2 ชิ้น ขนาดละ 50 มิลลิลิตร และ 6 หัวทึบสำหรับผสมซิลิโคน

### Technical Data

| ISO 4823 Type 1 Heavy-bodied consistency (Yellow) |             |           |
|---------------------------------------------------|-------------|-----------|
|                                                   | Normal Type | Fast Type |
| Mixing ratio(Base : Catalyst)                     | 1:1         |           |
| Consistency                                       | ≤ 35 mm     | ≤ 35 mm   |
| Working time (23°C)                               | 2' 15"      | 1' 30"    |
| Time in mouth                                     | 4' 00"      | 2' 30"    |
| Detail reproduction                               | 50µm        | 50µm      |
| Linear dimensional change (%)                     | ≤ 0.2%      | ≤ 0.2%    |
| Compatibility with gypsum                         | 50µm        | 50µm      |
| Elastic recovery (%)                              | ≥ 99%       | ≥ 99%     |
| Strain in compression (%)                         | ≤ 3.0%      | ≤ 3.0%    |



### ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง บริษัท พร้อมท์ เดนทัล แอนด์ เมดิคอล ซัพพลาย จำกัด ใบสั่งซื้อ/ส่งจ้างเลขที่ ขม ๐๐๓๓.๓๐๓/๖๕-๐๐๑  
ที่ ๒๑ ซอยบางนา-ตราด ๒๔ วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๘  
แขวงบางนาเหนือ เขตบางนา ส่วนราชการ โรงพยาบาลฮอด  
กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๖๐ ที่อยู่ ๒๔๔ หมู่ ๑๐ ตำบลหางดง อำเภอฮอด  
โทรศัพท์ ๐๒-๑๗๐๘๐๖๕ จังหวัดเชียงใหม่ ๕๐๒๔๐  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ๑๐๕๕๖๑๐๐๕๕๕๕ โทรศัพท์ ๐๕๓-๔๖๑๑๔๖ ต่อ ๕๑๓  
เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร  
ชื่อบัญชี

ตามที่ บริษัท พร้อมท์ เดนทัล แอนด์ เมดิคอล ซัพพลาย จำกัด ได้เสนอราคาไว้ต่อ โรงพยาบาลฮอด  
ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ/จ้าง ตามรายการดังต่อไปนี้

| ลำดับ                     | รายการ                                  | จำนวน | หน่วย       | ราคาต่อหน่วย<br>(บาท) | จำนวนเงิน<br>(บาท) |
|---------------------------|-----------------------------------------|-------|-------------|-----------------------|--------------------|
| ๑.                        | Heavy body silicone impression material | ๒     | กล่อง       | ๙๕๐                   | ๑๙๐๐               |
| (หนึ่งพันเก้าร้อยบาทถ้วน) |                                         |       | รวมเป็นเงิน |                       | ๑๙๐๐.-             |

การซื้อ/ส่งจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน ๙๐ วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่
- สถานที่ส่งมอบ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลฮอด ตำบลหางดง อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่
- ระยะเวลาประกัน .....
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ ๐.๒๐ ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ
- โรงพยาบาลฮอดสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ

ลงชื่อ ..... ผู้สั่งซื้อ  
(นายวิวัฒน์ อัครวงศ์พิพัฒน์)  
ทันตแพทย์ชำนาญการ  
วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๘

ลงชื่อ ..... ผู้ขาย  
(ราตรี หอมดี)  
ตำแหน่ง ผู้เสนอราคา  
วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๘