



ประกาศโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา
เรื่อง รับสมัครคัดเลือกผู้จำหน่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์

ด้วย โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา มีความประสงค์จะดำเนินการ จัดหาผู้ประกอบการ
ผู้จำหน่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถเข้าถึงอุปกรณ์
ทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานแบบครบวงจร จึงประกาศรับสมัครให้มีการจัดจำหน่ายและบริการ
อุปกรณ์ทางการแพทย์ ในราคาที่เป็นธรรม ดังนี้

๑. ร้านค้าที่รับสมัคร

ลำดับ	ประเภท	จำนวนร้าน	ขนาดพื้นที่	ราคาเช่า
๑	อุปกรณ์ทางการแพทย์	๑	๓ x ๖ เมตร	๔,๐๐๐ บาท/ เดือน

๒. คุณสมบัติของผู้สมัคร

๒.๑ กรณีเป็นบุคคลธรรมดาต้องมีสัญชาติไทยและบรรลุนิติภาวะแล้วในวันยื่นใบสมัคร

๒.๒ กรณีเป็นนิติบุคคลต้องมีสัญชาติไทยและบรรลุนิติภาวะแล้วในวันยื่นใบสมัครและจดทะเบียน
ถูกต้องตามกฎหมาย มีหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล จากกรมพัฒนาธุรกิจการค้า อายุไม่เกิน
๖ เดือน

๒.๓ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่โรคที่สังคมรังเกียจ ไม่เป็นพาหะนำโรคติดต่อผ่านอาหารและน้ำ
โดยมีใบรับรองแพทย์ยืนยันผลการตรวจ

๒.๔ ผู้สมัครต้องเป็นผู้ดำเนินการประกอบธุรกิจด้วยตนเองตามที่ระบุในใบสมัครโดยสามารถ
รับผิดชอบประกอบธุรกิจได้จนครบสัญญาและต้องไม่เป็นผู้มีประวัติการขอยกเลิกสัญญาเช่าระหว่างปีกับ
โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

๒.๕ สามารถปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับและประเภทต่างๆของโรงพยาบาลเทพรัตน-
นครราชสีมาโดยไม่มีข้อโต้แย้งใดๆทั้งสิ้น

๒.๖ กรณีเป็นบุคคลธรรมดาหรือบริษัทหรือห้างหุ้นส่วน ต้องไม่มีบุคลากรและคู่สมรสของบุคลากรใน
โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมาเป็นกรรมการบริษัท ผู้มีอำนาจในการลงนามหรือก่อนนี้ผูกพัน

๒.๗ เป็นผู้มีความพร้อมในการประกอบอาชีพ การจัดจำหน่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์ ได้แก่ วัสดุ
อุปกรณ์ที่จำเป็นเพียงพอและมีวัสดุตามหลักประกอบวิชาชีพ มีความพร้อมด้านบุคลากรที่จะดำเนินงานในเรื่อง
การบริการ สามารถเริ่มดำเนินการได้ตามวันและเวลาที่คณะทำงานบริหารจัดการร้านค้าสวัสดิการใน
โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมากำหนด

๓. วิธีการสมัคร

๓.๑ ผู้สนใจ ติดต่อขอรับเอกสารใบสมัครและยื่นใบสมัคร ได้ที่ กลุ่มงานบริหารทั่วไป ชั้น ๖
อาคารสิรินคร โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๖๔ ถึง วันที่ ๒๘ มกราคม

/๒๕๖๔...

๒๕๖๙ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๕.๐๐ น. เว้นวันหยุดราชการ และสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทร ๐ ๔๔๓๙ ๕๐๐๐ ต่อ ๙๖๑๘

๔. เอกสารหลักฐานที่จะต้องนำมายื่นพร้อมใบสมัคร (เอกสารทุกฉบับใส่ซองปิดผนึก)

- ๔.๑ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
- ๔.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน ที่มีชื่อผู้สมัคร พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
- ๔.๓ ใบรับรองแพทย์ทั่วไป จำนวน ๑ ฉบับ

๔.๔ เงินประกันของ/มัดจำ รายละเอียด ๒,๐๐๐ บาท (สองพันบาทถ้วน) (หากไม่ได้รับการคัดเลือกจะคืนเงินให้ตั้งแต่วันประกาศผลการคัดเลือก แต่หากได้รับการคัดเลือกแล้วไม่มาทำสัญญาตามที่กำหนด คณะกรรมการฯ มีสิทธิพิจารณาไม่คืนเงินประกันของ/มัดจำ)

๔.๕ หนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล ไม่เกิน ๖ เดือน

๕. วิธีการ/หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้ประกอบการ

๕.๑ ต้องเป็นผู้ที่มีวัตถุประสงค์ในการจำหน่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์โดยตรง และมีใบอนุญาตประกอบธุรกิจที่ต้องตามกฎหมาย

๕.๒ สินค้าต้องมีใบอนุญาตนำเข้าหรือผลิตจาก อย. และมีมาตรฐานสากลรองรับ

๕.๓ ต้องมีพนักงานที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ คอยแนะนำและสาธิตวิธีการใช้งานที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย

๕.๔ มีการรับประกันสินค้าที่ชัดเจน และมีศูนย์ซ่อมหรือหน่วยเคลื่อนที่เร็วเมื่อเครื่องมือมีปัญหา

๕.๕ มีสินค้าครอบคลุมความต้องการของแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาล

๖. กำหนดวันเวลา และสถานที่

๖.๑ ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิ์จำหน่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์ วันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ ทางเว็บไซต์ www.dnrh.go.th

๖.๒ คัดเลือกในวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ อาคารสิรินธร ชั้น ๖ โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

๖.๓ ประกาศผลการคัดเลือก ในวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ เวลา ๑๓.๐๐ น. ทางเว็บไซต์ www.dnrh.go.th

จึงประกาศมาให้ทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๐ มกราคม พ.ศ.๒๕๖๙



(นางปาริฐา พิมพ์สุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการบริหารจัดการร้านค้าสวัสดิการ

เชิงธุรกิจโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

**ใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อจำหน่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์
ในโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา**

ชื่อผู้สมัครนาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
เลขที่บัตรประชาชน.....เลขประจำตัวผู้เสียภาษี(ถ้ามี).....
ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
มีความประสงค์ขอยื่นความประสงค์เข้าการคัดเลือกจำหน่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเทพรัตน์
นครราชสีมา

☐ ๑) อุปกรณ์ทางการแพทย์

เอกสารหลักฐานที่ต้องนำมายื่นพร้อมใบสมัคร (เอกสารทุกฉบับใส่ซองปิดผนึก)

- ๑) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒) สำเนาทะเบียนบ้าน ที่มีชื่อผู้สมัคร พร้อมลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓) ใบรับรองแพทย์ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๔) เงินประกันของ/มัดจำ รายละเอียด ๒,๐๐๐ บาท (หากไม่ได้รับการคัดเลือกจะคืนเงินให้ตั้งแต่วันประกาศผล
การคัดเลือก แต่หากได้รับการคัดเลือกแล้วไม่มาทำสัญญาตามที่กำหนด คณะกรรมการฯ มีสิทธิ์พิจารณาไม่คืน
เงินประกันของ/มัดจำ)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากข้าพเจ้าได้รับการพิจารณา
ให้เป็นผู้ประกอบการจำหน่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติ
ตามระเบียบปฏิบัติและข้อบังคับของโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นใบสมัคร
(.....)
ลงวันที่.....