**ใบสั่งจ้าง**

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ................

ผู้รับจ้าง ใบสั่งจ้างเลขที่.............../............

ที่อยู่...................................... วันที่...................................................

............................................. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ..............

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี................................ ที่อยู่ ............................................ ....................................................โทรศัพท์ .........................................

ตามที่.........................................ได้เสนอราคาไว้ต่อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ..................
ซึ่งได้รับราคาและตกลงจ้าง ตามรายการดังต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | รายการ | จำนวน | หน่วย | ราคาหน่วยละ | จำนวนเงิน (บาท) | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| () | รวมเป็นเงิน |  |  |
| ภาษีมูลค่าเพิ่ม7% |  |  |
| รวมเป็นเงิน |  |  |

 การจ้าง อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

1 กำหนดส่งมอบภายใน........วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับจ้างได้รับใบสั่งจ้าง

2 ครบกำหนดส่งมอบวันที่........................................

3 สถานที่ส่งมอบ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ....................

4 ระยะเวลารับประกัน -

5 สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ 0.10 ของราคาสิ่งของ ที่ยังไม่ได้รับมอบแต่จะต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐ บาท

6 ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งจ้าง กรณีนี้ผู้รับจ้างจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

ลงชื่อ.................................................ผู้สั่งจ้าง ลงชื่อ..............................................ผู้รับใบสั่งจ้าง(................................................) (.............................................)

 หัวหน้าเจ้าหน้าที่ ผู้จัดการหรือเจ้าของ

วันที่................................................... วันที่.................................................