**ใบสั่งซื้อ**

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

ผู้ขาย ใบสั่งซื้อเลขที่.............../............

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

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

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

ตามที่.........................................ได้เสนอราคาไว้ต่อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ..................  
ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

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

การซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

1 กำหนดส่งมอบภายใน ........ วัน นับถัดจากวันที่ผู้ขายได้รับใบสั่งซื้อ

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

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

4 ระยะเวลารับประกัน -

5 สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ 0.20 ของราคาสิ่งของ ที่ยังไม่ได้รับมอบ

6 ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อ กรณีนี้ผู้รับจ้างจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

ลงชื่อ.................................................ผู้สั่งซื้อ ลงชื่อ..............................................ผู้รับใบสั่งซื้อ (................................................) (.............................................)

หัวหน้าเจ้าหน้าที่ ผู้จัดการหรือเจ้าของ

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