



ที่ พช ๐๐๓๓.๐๐๘/ร ๕๐๖๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์  
๗๒ ถนนนิกรบำรุง เพชรบูรณ์ ๖๗๐๐๐

๗๑ ตุลาคม ๒๕๖๗

เรื่อง สืบราคาเวชภัณฑ์ยาของจังหวัดเพชรบูรณ์เพื่อใช้ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (ต่อเนื่องเป็นเวลา ๓๖๕ วัน)

เรียน ผู้จัดการบริษัท/ห้างหุ้นส่วนจำกัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายการเวชภัณฑ์ยาที่สืบราคายาร่วมระดับจังหวัดเพชรบูรณ์ฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบเสนอข้อมูลการสืบราคายาร่วมระดับจังหวัดเพชรบูรณ์	จำนวน ๑ ฉบับ
๓. เอกสารและข้อมูลประกอบการสืบราคา (A และ B)	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ดำเนินการสืบราคาเวชภัณฑ์ยาร่วมระดับจังหวัด ประจำปี ๒๕๖๘ เพื่อใช้ต่อเนื่องไป ๓๖๕ วันหลังจากนี้ คณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์ยาของจังหวัดเพชรบูรณ์ มีมติในการดำเนินการสืบราคายาร่วมระดับจังหวัด จำนวน ๕๐ รายการ แบ่งเป็น ยาแผนปัจจุบัน ๔๙ รายการ และยาสมุนไพร ๑ รายการ โดยมีรายการเวชภัณฑ์ยาดังสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ขอแจ้งให้บริษัท/ห้าง/ร้านต่างๆที่ประสงค์ เข้าร่วมเสนอราคาเวชภัณฑ์ยา เพื่อสืบราคาเวชภัณฑ์ยาของจังหวัดเพชรบูรณ์เพื่อใช้ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ สามารถยื่นเอกสารทั้งหมด ได้แก่ แบบเสนอข้อมูลการสืบราคายาร่วมระดับจังหวัดเพชรบูรณ์ เอกสารและข้อมูลประกอบการสืบราคา แบบตอบรับเข้าร่วมการต่อรองราคา ดังสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ และ ๓ ภายใน วันที่ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๗ ในวันเวลาราชการโดยยาที่ยื่นเสนอราคาในครั้งนี้ต้องแนบตัวอย่างยาทุกรายการ (บรรจุในบรรจุภัณฑ์พร้อมจำหน่ายเช่น กล่อง, แพค, กระปุก เป็นต้น) เพื่อป้องกันการตัดสิทธิ์ในการนำเข้าพิจารณา สามารถยื่นซองและตัวอย่างได้ด้วยตนเองหรือทางไปรษณีย์ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โดยจะยึดวันที่เจ้าหน้าที่ลงรับเอกสาร หากส่งทางไปรษณีย์จะยึดวันที่ลงตราประทับไปรษณีย์เป็นสำคัญ ทั้งนี้ขอความอนุเคราะห์ให้ท่านอ่านรายละเอียดในสิ่งที่ส่งมาด้วยทั้งหมดให้ครบถ้วนทุกรายการเพื่อประโยชน์ของหน่วยงานของท่าน

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นางมณฑกานต์ สีหวงษ์)

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขทันตแพทย์เชี่ยวชาญ รักษาราชการแทน

โทรสายตรง/โทรสาร ๐-๕๖๗๒-๒๖๔๔

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

ผู้รับผิดชอบ รชยา กันต์โสม โทรศัพท์ ๐๘๐-๓๙๖๑๕๕๕

ติดต่อในวันและเวลาราชการ

“พอเพียง สามัคคี มีวินัย ใจบริการ”



**รายการเวชภัณฑ์ยาที่สืบราคายาร่วมระดับจังหวัดเพชรบูรณ์ฯ**

ที่	รายการ เรียงตามลำดับ	หน่วย บรรจุ	ปริมาณการใช้ (จำนวน)	มูลค่าการใช้ (บาท)
1	Simvastatin 20 mg tab	1 tab	24,130,000.00	10,915,005.00
2	Insulin Mixtard 70/30 in 10 ml (Vial)	1 vial	150,400.00	10,613,200.00
3	Pre-mixed Insulin 70/30 in 3ml (Penfill)	1 penfill	121,900.00	9,165,900.00
4	Metformin 500 mg tab	1 tab	41,050,000.00	8,488,900.00
5	Atorvastatin 40 mg tab	1 tab	6,445,000.00	7,875,170.00
6	Hydralazine 50 mg tab	1 tab	12,326,500.00	7,425,565.00
7	Meropenem 1 g Injection	1 vial	72,900.00	6,827,456.00
8	0.9%NaCl Injection 1000 ml	1 bott	277,770.00	6,352,245.00
9	Amlodipine 10 mg tab	1 tab	11,925,000.00	6,300,862.50
10	0.9%NaCl Injection 100 ml	1 bott	638,400.00	6,284,680.00
11	Omeprazole 20 mg cap	1 cap	13,931,000.00	6,270,372.90
12	Piperacillin 4 g + Tazobactam 0.5 g Injection	1 vial	69,300.00	4,644,700.00
13	Manidipine 20 mg tab	1 cap	3,850,000.00	4,397,900.00
14	Ceftazidime 1 g Injection	1 vial	206,850.00	4,192,516.50
15	Risperidone 2 mg tab	1 tab	1,350,800.00	4,133,472.00
16	Carvedilol 6.25 mg tab	1 tab	2,302,500.00	3,990,115.00
17	Gabapentin 300 mg tab	1 tab	3,070,000.00	3,825,300.00
18	0.9%NaCl Irrigate 1000 ml	1 bott	172,800.00	3,790,200.00
19	Losartan 50 mg tab	1 tab	6,800,000.00	3,762,624.00
20	Amlodipine 5 mg tab	1 tab	11,601,500.00	3,703,109.00
21	Losartan 100 mg tab	1 tab	3,680,000.00	3,577,240.00
22	Vitamin B complex tab	1 tab	14,671,000.00	3,280,190.00
23	Enalapril 5 mg tab	1 tab	18,870,000.00	3,132,420.00
24	Ceftriaxone 1 g Injection	1 vial	371,950.00	3,049,553.00
25	Ipratropium + Fenoterol MDI 200 doses	1 bott	28,695.00	3,012,162.35
26	Methyl salicylate 25 g cream	1 tube	290,000.00	2,876,112.00

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

(๑/๒)

ที่	รายการ เรียงตามลำดับ	หน่วย บรรจุ	ปริมาณการใช้ (จำนวน)	มูลค่าการใช้ (บาท)
27	Hydralazine 25 mg tab	1 tab	7,478,500.00	2,686,200.00
28	Lactulose solution 100 ml	1 bott	66,700.00	2,535,400.00
29	Clindamycin phosphate 150mg/ml Injection	1 vial	130,300.00	2,435,307.00
30	Paracetamol 500 mg tab	1 tab	6,915,000.00	2,257,675.00
31	Alumina-Magnesia (simethicone) suspension	1 bott	130,100.00	2,251,200.00
32	Pioglitazone 30 mg tab	1 tab	3,908,000.00	2,240,240.00
33	Folic acid 5 mg tab	1 tab	10,240,000.00	2,066,200.00
34	Glipizide 5 mg tab	1 tab	19,768,000.00	2,057,028.00
35	Levodopa 200 mg + Benserazide 50 mg tab	1 tab	335,000.00	1,973,823.00
36	Aspirin 81 mg tab	1 tab	12,949,000.00	1,964,677.00
37	Calcium carbonate 1 g tab	1 tab	6,090,000.00	1,930,255.00
38	Ferrous fumarate 200 mg tab	1 tab	10,265,000.00	1,894,100.00
39	Cefixime 100 mg cap	1 cap	178,000.00	1,886,410.00
40	Salmeterol + Fluticasone 25/125 mcg MDI 120 doses	1 tube	14,420.00	1,820,669.20
41	Paracetamol 450 mg + Orphenadrine 35 mg tab	1 tab	5,240,000.00	1,694,205.00
42	Enalapril 20 mg tab	1 tab	6,040,000.00	1,691,200.00
43	Ipratropium + Fenoterol Inha sol. 4 ml	1 tube	267,120.00	1,630,222.77
44	D-5-S/2 Injection 1000 ml	1 bott	69,600.00	1,574,850.00
45	5-D-W Injection 100 ml	1 bott	167,950.00	1,440,525.00
46	Norepinephrine 4 mg/4 ml Injection	1 amp	50,650.00	1,379,876.90
47	Amiodarone 150 mg/3 ml Injection	6 amp	16,850.00	1,284,460.80
48	Nicardipine 10 mg/10 ml Injection	1 amp	28,380.00	1,162,710.00
49	Phenytoin 100 mg cap	1 cap	1,337,000.00	540,635.00
50	ฟ้าทะลายโจรแคปซูล 500 mg (สาร endo 10 mg)	1 cap	632,000.00	418,092.00
				184,792,467.92

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

(๒/๒)

## แบบเสนอข้อมูลการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาพร้อมระดับจังหวัด เพื่อใช้ในปี งบประมาณ 2568

- ยาที่เสนอจำนวน..... รายการ แบ่ง  
เป็นยาแผนปัจจุบันทั่วไป.....รายการ ยานวัตกรรม.....รายการ ยาสมุนไพร.....รายการ
- ชื่อและที่ตั้งผู้จำหน่าย .....
- ชื่อและที่ตั้งโรงงานผลิต / นำเข้า.....
- จำนวนรายการยาที่ผลิตจำหน่ายเองทั้งหมด..... รายการ  
จำนวนรายการยาที่ผลิตให้ผู้จำหน่ายอื่นทั้งหมด..... รายการ  
ขอเสนอรายการยาสีบจำนวน รายละเอียดดังนี้
  - ลำดับที่ .....ชื่อยา .....
  - เป็นยานวัตกรรม  ใช้วันหมดอายุ.....  ไม่ใช่ ระยะเวลาการให้เครดิตการชำระเงิน.....วัน
  - ลำดับที่ .....ชื่อยา .....
  - เป็นยานวัตกรรม  ใช้วันหมดอายุ.....  ไม่ใช่ ระยะเวลาการให้เครดิตการชำระเงิน.....วัน
  - ลำดับที่ .....ชื่อยา .....
  - เป็นยานวัตกรรม  ใช้ วันหมดอายุ.....  ไม่ใช่ ระยะเวลาการให้เครดิตการชำระเงิน.....วัน
  - ลำดับที่ .....ชื่อยา .....
  - เป็นยานวัตกรรม  ใช้วันหมดอายุ.....  ไม่ใช่ ระยะเวลาการให้เครดิตการชำระเงิน.....วัน
  - ลำดับที่ .....ชื่อยา .....
  - เป็นยานวัตกรรม  ใช้ วันหมดอายุ.....  ไม่ใช่ ระยะเวลาการให้เครดิตการชำระเงิน.....วัน

หมายเหตุ ด้านบนให้ระบุ ชื่อยา ขนาดความแรง ทุกรายการให้ตรงกับที่ใส่ในใบเสนอราคา (หากไม่พอให้ใส่เป็นเอกสารแนบท้าย)  
หากเป็นรายการที่นอกเหนือจากเอกสารแนบท้ายขอให้แยกถุงและปะกระดาษให้ชัดเจนว่าที่ส่งเพิ่มเติมมีวัตถุประสงค์ใด

- จำนวนบุคลากรทั้งโรงงาน.....คน (นับเฉพาะเภสัชกร)
  - จำนวนฝ่ายผลิต.....คน
  - จำนวนฝ่ายประกันคุณภาพ.....คน
  - จำนวนฝ่ายวิจัยและพัฒนา.....คน

6. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ประสานงาน (ผู้แทน และผู้ที่มีอำนาจในการต่อรอง)

- ชื่อผู้แทนยา .....มือถือ.....
- ผู้ที่มีอำนาจในการต่อรอง.....มือถือ.....

ลงชื่อ.....ผู้เสนอข้อมูล  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ จำนวนตัวอย่างที่ส่งมาอย่างน้อย 1 หน่วยบรรจุเพื่อประกอบในการพิจารณาคัดเลือกทุกรายการหากไม่ส่ง  
ตัวอย่างขออนุญาตดำเนินการตัดสิทธิ์ไม่นำเข้าร่วมการพิจารณา\*\*\*

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

(๑/๓)

ตัวอย่างแบบเสนอราคาเวชภัณฑ์ยาร่วมระดับจังหวัด เพื่อใช้ประจำปีงบประมาณ 2568 (ต่อเมืองเป็นเวลา 365 วัน)

1. รายการยาที่เสนอจำนวน..... รายการ
2. ชื่อและที่ตั้งผู้จำหน่าย.....
3. ชื่อและที่ตั้งโรงงานผลิต / นำเข้า.....

ข้อ 3-8 เป็นแค่แนวทางในการกรอกดังนี้

1 ลำดับ	2 รายการ	3 ชื่อการค้า	4 ขนาดบรรจุ	5 ราคาต่อหน่วย (รวมภาษีแล้ว)	6 กำหนดวันส่งมอบ (วัน)	7 วัตถุประสงค์จากประเทศ	8 หมายเหตุ
		ข้อลำดับที่ 1 และ 2 ให้ใส่ตัวเลขและรายการ ตรงตามสิ่งที่ส่งมาด้วย 2					
33	Metformin tab	XXXXXX	กล่องประกอบด้วย 100 แผงๆ ละ 10 เม็ด	500 บาท/กล่อง (0.5 บาท/เม็ด)	30 วัน	อินเดีย	
46	Aspirin tab	XXXXXX	กล่องประกอบด้วย 50 แผง ๆละ 10 เม็ด	450 บาท/กล่อง (0.9 บาท/เม็ด)	30 วัน	อินเดีย	
47	Calcium carbonate tab	XXXXXX	กระปุกขนาด 1000 เม็ด	1000 บาท/กระปุก (1บาท/เม็ด)	15 วัน	จีน	
52	Insulin Mixtard 70/30 in 3 ml (penfill)	XXXXXX	กล่องประกอบด้วย 1 tube	400 บาท/tube (400 บาท/Tube)	20 วัน	เยอรมัน	เป็นยานวัตกรรม

- หมายเหตุ
1. ผู้เสนอราคาคงจะยื่นราคาขายที่เสนอไว้จำนวน 365 วันนับตั้งแต่วันที่ได้รับการพิจารณาคัดเลือก
  2. ผู้เสนอราคาอันดับที่เจ็ดจะมอบตัวอย่างยาที่เสนอมาพร้อมใบเสนอราคานี้ ให้กับคณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์จังหวัดเพชรบูรณ์โดยไม่คิดมูลค่า
  3. กรณีส่งหลายรายการกรุณาระบุหมายเลขเรียงตาม สิ่งที่ส่งมาด้วย 1 รายการเวชภัณฑ์ที่สืบราคาว่าระดับ จ.พช เพื่อใช้ประจำปี 2568 **และแยกของไม่รวมกับเอกสารอื่นๆ\*\***

ลงชื่อ.....ผู้เสนอราคา  
(.....)

ตำแหน่ง.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒  
(๒/๓)

แบบเสนอราคาเวชภัณฑ์ยาร่วมระดับจังหวัด เพื่อใช้ประจำปีงบประมาณ 2568 (ต่อเนื่องเป็นเวลา 365 วัน)

1. รายการยาที่เสนอจำนวน..... รายการ
2. ชื่อและที่ตั้งผู้จำหน่าย.....
3. ชื่อและที่ตั้งโรงงานผลิต / นำเข้า.....

1 ลำดับ	2 รายการ	3 ชื่อการค้า	4 ขนาดบรรจุ	5 ราคาต่อหน่วย (รวมภาษีแล้ว)	6 กำหนด วันส่งมอบ ( วัน )	7 วัตถุประสงค์ จากประเทศ	8 หมายเหตุ

หมายเหตุ 1. ผู้เสนอราคากลางจะยื่นราคาขายที่เสนอไว้จำนวน 365 วันนับตั้งแต่วันที่ได้รับการพิจารณาคัดเลือก

2. ผู้เสนอราคายินดีที่จะมอบตัวอย่างยาที่เสนอมาพร้อมใบเสนอราคานี้ ให้กับคณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์จังหวัดเพชรบูรณ์โดยไม่คิดมูลค่า

3. กรณีส่งหลายรายการกรุณาระบุหมายเลขเรียงตาม สิ่งส่งมาด้วย 1 รายการเวชภัณฑ์ที่สืบราคาว่าระดับ จ. พช เพื่อใช้ประจำปี 2568 **และแยกของไม่รวมกับเอกสารอื่น\*\***

ลงชื่อ ..... ผู้เสนอราคา

( ..... )

ตำแหน่ง .....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒  
(๓/๓)

## เอกสารและข้อมูลประกอบการสืบราคาเวชภัณฑ์ยา

### A หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการจัดหาเวชภัณฑ์ร่วมกัน

1. จังหวัดเพชรบูรณ์จะดำเนินการจัดหาเวชภัณฑ์ร่วมกันเพื่อใช้ในประจำปี 2568 ประเภทเวชภัณฑ์ยา จำนวน 50 รายการ แบ่งเป็น ยาแผนปัจจุบัน 49 รายการ และยาสมุนไพร 1 รายการ
2. การจัดหาเวชภัณฑ์ยาร่วมกันเพื่อใช้ประจำปี 2568 จะเริ่มดำเนินการสืบราคาตั้งแต่การพิจารณาจนถึงคัดเลือก ต่อรองจากผู้แทนจำหน่ายเสร็จสิ้นซึ่งคาดว่าจะประมาณ 6 ธันวาคม 2567 และใช้ต่อไปเป็นระยะเวลา 1 ปี หรือ 365 วันนับจากวันที่ระบุในหนังสือ
3. ทุกรายการยาที่ยื่นเสนอราคาต้องส่งตัวอย่างเพื่อทำการพิจารณาตัวอย่างจากคณะกรรมการฯจึงจะเข้าเงื่อนไขหากไม่ส่งตัวอย่างขอตัดสิทธิ์ในการนำเข้าพิจารณาจากคณะกรรมการฯ\*\*\*
4. คณะกรรมการจัดหาเวชภัณฑ์ร่วมกันจะดำเนินการคัดเลือกบริษัทผู้จำหน่ายไว้ 3 อันดับ (บริษัทที่ได้รับการพิจารณา 1 บริษัทและสำรองอีก 2 บริษัท) โดยหากบริษัท ผู้จำหน่ายที่ได้รับการพิจารณาในอันดับที่ 1 ไม่สามารถ จำหน่ายเวชภัณฑ์หรือ มีปัญหาทางด้านคุณภาพและการใช้เวชภัณฑ์ อาทิเช่น ไม่สามารถส่งสินค้าภายใน 10 วัน, สินค้ามีปัญหาส่งผลกระทบต่อการจัดส่งและการใช้งานซ้ำเกินกว่า 3 ครั้งภายใน 1 ปี ผู้ซื้อสามารถปรับเปลี่ยนไปซื้อเวชภัณฑ์จากบริษัทผู้จำหน่ายที่ได้รับการพิจารณาอันดับที่ 2, 3 ตามลำดับ

หมายเหตุ กรณีมีปัญหาในการใช้งาน ขอให้คณะกรรมการฯเขียนใบแจ้งปัญหาส่งกลับมาให้ สสจ. กลุ่มงานคุ้มครองฯ ให้รับทราบทุกครั้งเพื่อรวบรวมหาแนวทางแก้ไขปัญหามาในภาพรวมอีกครั้งแต่ระหว่างนั้นสามารถใช้รายการในอันดับที่ 2 และ 3 เพื่อลดปัญหาขาดช่วง

**กรณีที่ยาบริษัทของท่านได้ถูกคัดเลือกให้เป็นลำดับที่ 1 - 3 ขอให้คงราคาและคุณภาพตามที่ยื่นราคาในการสืบครั้งนี้ไปให้ครบ 365 วันเป็นอย่างน้อย เพื่อไม่ให้ส่งผลการตัดสิทธิ์ และหักคะแนนในการประเมินในครั้งต่อไป**

5. ในการสืบราคาครั้งนี้พิจารณาตัดสินด้วยราคา (Price) ต่อหน่วย : คุณภาพ/คุณสมบัติที่เป็นประโยชน์ต่อทางราชการ (Performance) ในอัตรา 40: 60
6. ในการดำเนินการถือผลการตัดสินจากคณะกรรมการในวันพิจารณาเป็นสำคัญ โดยคณะกรรมการฯสามารถยกเลิกการเปิดซองใบเสนอราคาในบางรายการหากพบว่าไม่มีบริษัทอื่นยื่นเข้าแข่งขันหรือมีราคาสูงกว่าเดิมหรือสูงกว่าราคากลาง (กระทรวง/เขต) และ/หรือ ข้ำรายการที่อนาคตเขตกำหนดเป็นรายการร่วมเขตหรือสืบเขตรายการที่คัดเลือกในครั้งนี้อาจโรงพยาบาลใดดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบที่สูงกว่า เช่น E-Bidding เป็นต้น สามารถยุติโดยทันที รายการดังกล่าวโรงพยาบาลทุกแห่งภายในจังหวัดร่วมดำเนินการคัดเลือก ต่อรอง ยอดใช้ ชื่อบริษัท และเป็นผู้ให้ข้อมูลกลับทางสสจ.ทั้งสิ้น ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินการทั้งหมดเป็นไปตามผลประโยชน์แก่ทางราชการ เป็นสำคัญประชาชนได้ประโยชน์สูงสุด

การดำเนินการ	วันเวลา	สถานที่จัดและหน่วยงานที่ดำเนินการ
หนังสือแจ้งบริษัท	31 ตุลาคม 2567	สสจ.เพชรบูรณ์ ดำเนินการจัดส่ง และติดประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์
เปิดรับเอกสารของราคาและตัวอย่างและแบบตอบรับการเข้าร่วมในวันเปิดซองและต่อรองราคา	20 พฤศจิกายน 2567 (ในเวลาราชการ)	ยื่นซองและตัวอย่างได้ที่ สสจ.เพชรบูรณ์ (ในเวลาราชการ) หากไม่ตอบรับเข้าร่วมภายในวันที่ ๒๐ พฤศจิกายน 2566 ทางคคก.ฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่ให้เข้าร่วมการต่อรองราคาในห้องพิจารณาในวันนั้น
คณะกรรมการฯ ตรวจสอบเอกสารพิจารณาตัวอย่างผลิตภัณฑ์ให้คะแนนในส่วน Performance และสรุป	22 พฤศจิกายน 2567 (09.00 น.-15.00 น.)	พิจารณา Performance (เอกสาร+ตัวอย่างยา) ดำเนินการที่ สสจ.เพชรบูรณ์ (เฉพาะคณะกรรมการฯ)
คณะกรรมการฯ เปิดซองราคาพร้อมต่อรองราคาในส่วน Price	27 พฤศจิกายน 2567 (09.00 น.-14.00 น.)	ณ ห้องประชุมพ่อนพูนผาเมือง อาคารเพชรบูรณ์ ชั้น 6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เริ่มรับบัตรคิว-ลงทะเบียน 08.00 น. (เฉพาะบริษัทที่ตอบรับ)* (เรียนเชิญผู้แทนหรือตัวแทนบริษัทที่มีส่วนในการตัดสินใจเข้าร่วมในการประชุม โดยตอบรับในแบบตอบรับ กรณีที่ต้องการให้ข้อมูลเพิ่มเติมหรือราคาที่ให้ยังสามารถต่อรองได้)
สรุปผลการสืบ	27 พฤศจิกายน 2567 (14.30 น.เป็นต้นไป)	ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ (เฉพาะคณะกรรมการฯ)
ประกาศผลการสืบ	6 ธันวาคม 2567	ขอแจ้งกำหนดการภายหลัง สสจ.เพชรบูรณ์ ดำเนินการจัดส่งจดหมายวางเว็บไซต์ และติดประกาศที่บอร์ดประชาสัมพันธ์ หน้าห้องงานคุ้มครองฯ สสจ.เพชรบูรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓

(๑/๒)

## B หลักเกณฑ์เอกสารที่บริษัทจะต้องส่งประกอบการพิจารณา (กรุณาเรียงเอกสารตามลำดับดังต่อไปนี้)

ของที่ 1

1. แบบเสนอราคาเวชภัณฑ์ยาร่วมระดับจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2568 (ใบเสนอราคาแยกของเฉพาะ\*\*\* **สิ่งที่ส่งมาด้วย 2 (3/3)**) ให้ระบุรายการ/ชื่อทางการค้า/ผู้ผลิตผู้นำเข้า/แหล่งผลิตให้ชัดเจน ตามตัวอย่างแบบใบเสนอราคา **สิ่งที่ส่งมาด้วย 2 (2/3)**  
หมายเหตุ กรณีส่งหลายรายการกรุณาระบุหมายเลขรายการเรียงตามแบบรายการเวชภัณฑ์ยาที่จัดซื้อร่วมระดับจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อใช้ประจำปี 2568 **สิ่งที่ส่งมาด้วย 1**

ของที่ 2

2. แบบเสนอข้อมูลการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาร่วมระดับจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2568 (ใบปะหน้า) (ข้อมูลเภสัชกรที่เกี่ยวข้องในการQC/ผลิตกรณีเป็นโรงงานผลิตโดยตรง โดยระบุข้อมูลเบื้องต้นดังนี้ รายชื่อ - จำนวน - งานที่รับผิดชอบ - เลขใบประกอบ อื่นๆที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น) **สิ่งที่ส่งมาด้วย 2 (1/3)**
3. บริษัทหรือห้างหุ้นส่วน บริษัทนำเข้า แยกดังนี้
  - กรณีเป็นบริษัทผู้ผลิตหรือผู้แทนจำหน่ายโดยตรง ขอเอกสารเกี่ยวกับบริษัทหรือห้างหุ้นส่วนเอกสารแสดงการเป็นผู้แทนจำหน่ายและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
  - กรณีไม่ได้เป็นผู้ผลิตโดยตรง หนังสือแต่งตั้งการเป็นผู้แทนจำหน่ายและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
  - กรณีนำเข้า ขอให้มีเอกสารรับรองของผู้เสนอราคา โดยรับรองแหล่งผลิต โดยระบุชื่อโรงงานหรือนำเข้า ที่ตั้ง ตำบล เมือง ประเทศ และอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
4. แคตตาล็อกและหรือรายละเอียด คุณลักษณะของรายการที่เสนอราคา (Specification ของตัวอย่างที่เข้าร่วม)
5. ใบสำเนาผลการตรวจวิเคราะห์วัตถุติด ( Active Ingredients ) ของรายการที่เข้าร่วมในการเสนอราคา
6. ใบสำเนาผลการตรวจวิเคราะห์วัตถุติดกรณีมีการวิเคราะห์ซ้ำของวัตถุติด ที่โรงงานอีกครั้ง
7. ใบสำเนาผลการตรวจวิเคราะห์เวชภัณฑ์สำเร็จรูป ( Finish Product ) ของบริษัทผู้ผลิตที่วิเคราะห์รายการเวชภัณฑ์รายการนั้น ซึ่งเป็นรุ่นเดียวกันกับรายการที่เสนอราคา
8. หนังสือรับรองมาตรฐานและคุณภาพการผลิต เช่น PICS ,GMP, ISO อื่นๆที่เกี่ยวข้อง
9. ข้อมูลการศึกษาทาง BE และข้อมูล Clinical study
10. ลักษณะทางกายภาพและบรรจุภัณฑ์ของตัวอย่างยา
11. ข้อมูลการขนส่ง การรับแลกเปลี่ยนคืนกรณีใกล้หมดอายุ (ระบุกี่วันที่สามารถคืนได้) และการให้เครดิต (วัน)
12. ตัวอย่างที่ส่งมาให้คณะกรรมการพิจารณาปริมาณ 1 หน่วยบรรจุต้องมีลักษณะผลิตภัณฑ์และลักษณะบรรจุภัณฑ์เหมือนกับที่ขายให้โรงพยาบาลทุกประการเป็นไปตามคุณลักษณะเฉพาะที่กำหนด ตัวอย่างมีอายุการใช้งาน >12 เดือน นับแต่วันที่ส่งมอบ (โดยตัวอย่างที่เหลือจากการพิจารณาจะส่งมอบให้รพ.ที่เข้าร่วมเพื่อนำกลับไปใช้งานได้)

**\*\*\*หากไม่ส่งตัวอย่างขอตัดสิทธิ์ในการนำรายการนั้นเข้าพิจารณาจากคณะกรรมการ\*\*\***

เอกสารทั้งหมดพร้อมตัวอย่าง ส่งมาที่ **กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข** ส่งภายในวันที่ 20 พฤศจิกายน 2567

หากพ้นกำหนดดังกล่าวจะไม่รับพิจารณาคัดเลือก

**หมายเหตุ** ให้แยกเอกสารเป็น 2 ส่วน **ของที่ 1\*** เป็นใบเสนอราคา (เฉพาะข้อ 1)

**ของที่ 2\*** เป็นเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (ตั้งแต่ข้อ 2-12) พร้อมตัวอย่าง

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการเสนอราคา ติดต่อประสานงานได้ที่กลุ่มงานคุ้มครองฯ สสจ.เพชรบูรณ์ โทร 056-722644 ในวันและเวลาราชการ  
เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ น.สรชยา กันต์โฉม (080-639 1545 ID LINE 4432300)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓

(๒/๒)



แบบตอบรับสื่อบราคาเวทกัณฑ์ยาของจังหวัดเพชรบูรณ์เพื่อใช้ประจําปีงบประมาณ 2568

ในวันที่ 27 พฤศจิกายน 2567 เวลา 09.00 น.- 15.00 น.

ณ ห้องประชุมพ่อขุนผาเมือง อาคารเพชรบูรณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

สามารถเข้าร่วมประชุมได้ จำนวน .....คน (ไม่เกิน 3คน/บริษัท)

ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....

ตำแหน่ง.....

ตัวแทนจากบริษัท/ห้างหุ้นส่วน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail ..... ID line.....

2. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....

ตำแหน่ง.....

ตัวแทนจากบริษัท/ห้างหุ้นส่วน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail ..... ID line.....

3. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....

ตำแหน่ง.....

ตัวแทนจากบริษัท/ห้างหุ้นส่วน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

E-mail ..... ID line.....

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ตำแหน่ง .....

วันที่ .....

กรุณาส่งแบบตอบรับภายในวันที่ 20 พฤศจิกายน 2567

กรณีไม่ตอบรับขอสงวนสิทธิ์ในการเข้าร่วมในท้องประชุมวันที่ 27 พฤศจิกายน 2567\*\*\*

กลุ่มงานคุ้มครองฯ สสจ.เพชรบูรณ์ โทร 056-722644

เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ น.สรชยา กันต์โณม (080-396-1545 ID LINE 4432300)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๔