

ใบเสนอราคา

๑. ข้าพเจ้า..... เลขที่.....
ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต.....
จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

๒. ข้าพเจ้าขอเสนอเข้าดำเนินการจำหน่ายสินค้าบริเวณใต้อาคารอำนวยการ ตามข้อกำหนดเงื่อนไข แห่งประกาศ และเอกสารแนบท้ายประกาศ รวมทั้งรับรองว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนที่กำหนด ตามราคา ที่ระบุไว้นี้ เป็นเงินจำนวนบาท (.....) ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดภาษีอากรและค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้แล้ว

๓. ในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับพิจารณาให้เป็นผู้เข้าดำเนินการจำหน่ายสินค้า ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะทำ ตามเงื่อนไขและข้อกำหนดกับโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ นับถัดจากวันที่ได้รับหนังสือ แจ้งให้เข้าดำเนินการ

๔. ข้าพเจ้ายอมรับว่าโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ไม่มีความผูกพันที่จะรับคำเสนอนี้หรือใบเสนอ ราคาใดๆ รวมทั้งไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายใดๆ อันอาจเกิดขึ้นในการที่ข้าพเจ้าเข้าเสนอราคา

๕. บรรดาหลักฐานประกอบการพิจารณา เช่น หนังสือรับรองนิติบุคคล สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน แบบแปลน ซึ่งข้าพเจ้าได้ส่งให้โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ พร้อมใบเสนอราคา ข้าพเจ้ายินยอมมอบให้ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ไว้เป็นเอกสารของทางราชการ

๖. ข้าพเจ้าได้ตรวจทานตัวเลข และตรวจสอบเอกสารต่างๆ ที่ได้ยื่นพร้อมใบเสนอราคานี้ โดยละเอียดแล้ว และเข้าใจว่าโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ไม่ต้องรับผิดชอบใดๆ

เสนอมา ณ วันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๖๖

ลงชื่อผู้ประกอบการ
(.....)

ตำแหน่ง

ประทับตรา (ถ้ามี)