

**ใบเสนอเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้ประกอบกิจการชั้น B**  
**คณะกรรมการสวัสดิการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**  
**โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์**

ข้าพเจ้าได้รับทราบเงื่อนไขการคัดเลือกผู้ประกอบกิจการชั้น B ของคณะกรรมการสวัสดิการ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ตามประกาศแล้ว สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าวได้ จึงประสงค์เสนอเข้ารับการประมูล โดยมีข้อมูลดังนี้

ข้าพเจ้า..... ตั้งอยู่เลขที่.....  
ถนน ..... ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

**เอกสารหลักฐานการเสนอราคาประมูล**

**๑. บุคคลธรรมดา**

- ๑.๑ สำเนาบัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ๑.๒ สำเนาทะเบียนบ้าน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ๑.๓ สำเนาจดทะเบียนพาณิชย์ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)
- ๑.๔ สำเนาใบทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ถ้ามี)

**๒. นิติบุคคล**

๒.๑ ห้างหุ้นส่วนสามัญหรือห้างหุ้นส่วนจำกัดให้ยื่นสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล บัญชีรายชื่อหุ้นส่วนผู้จัดการ ผู้มีอำนาจควบคุม พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๒.๒ บริษัทจำกัดหรือบริษัทมหาชนจำกัด ให้ยื่นสำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนนิติบุคคล หนังสือบริคณห์สนธิ บัญชีรายชื่อกรรมการผู้จัดการ ผู้มีอำนาจควบคุมและบัญชีผู้ถือหุ้นรายใหญ่ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๓. ใบเสนอราคาเช่าลิฟต์ / เดือน ใส่ซองปิดผนึก หากไม่มายื่นด้วยตนเองให้มอบอำนาจผู้มีหน้าที่ทำการแทนมายื่นได้

๔. หนังสือมอบอำนาจซึ่งปิดอากรแสตมป์ตามกฎหมาย กรณีผู้เสนอราคามอบอำนาจให้บุคคลอื่นลงนามในใบเสนอราคาแทน

ข้าพเจ้าขอเสนอเป็นผู้ประกอบกิจการชั้น B ตามรายละเอียดที่ประกาศ กำหนดและขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ประกอบการ  
(.....)  
...../...../.....

## ใบเสนอราคา

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

๒. ข้าพเจ้าขอเสนอเข้าดำเนินเป็นผู้ประกอบกิจการชั้น B ตามข้อกำหนดเงื่อนไขแห่งประกาศ รวมทั้งรับรองว่าข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนด ตามราคาที่เราระบุไว้นี้ จึงขอเสนอราคาค่าเช่าเพื่อประกอบกิจการร้าน.....จำนวน.....ล็อต เสนอเป็นเงินค่าเช่าจำนวน .....บาท  
(.....) ต่อเดือน ซึ่งได้รวมภาษีมูลค่าเพิ่มตลอดภาษีอากรและค่าใช้จ่ายทั้งปวงไว้แล้ว

๓. ในกรณีที่ข้าพเจ้าได้รับพิจารณาให้เป็นผู้ประกอบกิจการชั้น B ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะทำตามเงื่อนไขและข้อกำหนดของคณะกรรมการสวัสดิการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ นับถัดจากวันที่ได้รับหนังสือ แจ้งให้เข้าดำเนินการ

๔. ข้าพเจ้ายอมรับว่าคณะกรรมการสวัสดิการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ไม่มีความผูกพันที่จะรับค่าเสนอนี้หรือใบเสนอราคาใดๆ รวมทั้งไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายใดๆ อันอาจเกิดขึ้นในการที่ข้าพเจ้าเช่าเสนอราคา

๕. บรรดาหลักฐานประกอบการพิจารณา เช่น หนังสือรับรองนิติบุคคล สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน แบบแปลน ซึ่งข้าพเจ้าได้ส่งให้โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ พร้อมใบเสนอราคา ข้าพเจ้ายินยอมมอบให้โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ไว้เป็นเอกสารของทางราชการ

๖. ข้าพเจ้าได้ตรวจทานตัวเลข และตรวจสอบเอกสารต่างๆ ที่ได้ยื่นพร้อมใบเสนอราคานี้ โดยละเอียดแล้ว และเข้าใจว่าคณะกรรมการสวัสดิการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ไม่ต้องรับผิดชอบใดๆ

เสนอมา ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ๒๕๖๕

ลงชื่อ .....ผู้ประกอบการ

(.....)

ตำแหน่ง .....

ประทับตรา (ถ้ามี)

\* หมายเหตุ เปิดประมูลล็อตละไม่ต่ำกว่า ๒๐,๐๐๐ บาท/เดือน