

ลิซ่า

หน่วยงาน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง

1 ฉบับ:1 ชุดเอกสาร

(กลุ่มงานใน ศสจ./รพช./ศสจ./รพศ.)

ปีงบประมาณ 2564

แก้ไขเพิ่มเติมแบบ คส.ศสจ. 500

แบบตรวจสอบความครบถ้วน/ถูกต้อง การเบิกจ่ายเงินหมวดค่าใช้จ่าย ประเภท ค่าวัสดุต่าง ๆ

เอกสารส่งเบิกเลขที่ 0321/18 ลงวันที่ 8 มี 64

จำนวนเงิน 3,560 บาท

ลำดับ	กระบวนการปฏิบัติงาน	ขั้นตอน	ความครบถ้วน	ความถูกต้อง	
1	การจัดซื้อ	1	บันทึกขออนุมัติขอซื้อ	✓	✓
		2	บันทึกขออนุมัติจัดซื้อ	✓	✓
		3	คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ		
		4	ใบแจ้งหนี้หรือใบส่งของ	✓	✓
		5	รายงานผลการปฏิบัติงานอ้างของคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ	✓	✓
		6	ความสัมพันธ์ของวันที่ในบันทึกขออนุมัติจัดซื้อ/ใบสั่งซื้อ/ใบแจ้งหนี้ / รายงานผลการปฏิบัติงานอ้าง/ใบเสร็จรับเงิน/บันทึกขออนุมัติเบิกจ่าย/ผู้อนุมัติจ่าย	✓	✓
			รายงานผลการปฏิบัติงานอ้าง/ใบเสร็จรับเงิน/บันทึกขออนุมัติเบิกจ่ายผู้อนุมัติจ่าย		
		7	สำเนาโครงการ (กรณีจัดซื้อตามโครงการ)		
		8	สำเนาใบจัดสรรงบประมาณ		
2	การเบิกจ่ายเงิน	1	ผู้มีอำนาจอนุมัติหลักฐานการจ่าย		
		2	การหักภาษี ณ ที่จ่าย		
3	การจ่ายเงิน	1	การเขียนเช็คสั่งจ่าย		
		2	ใบเสร็จรับเงินได้ประทับตราลงนามรับรองการจ่ายเงินแล้ว และลงวันที่จ่าย		

(ลงชื่อ) ผู้เบิก/ผู้ดำเนินการ

(นางพิมพ์พร ณ ลำปาง)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่การเงินของหน่วยงาน

(นางพิมพ์พร ณ ลำปาง)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเหตุ

- ผู้ใช้สิทธิหรือผู้ดำเนินการ ให้ทำเครื่องหมายเฉพาะส่วนที่ 1 ช่องความครบถ้วนเท่านั้น
- เจ้าหน้าที่การเงินฯ ให้ทำเครื่องหมายช่องความครบถ้วนและความถูกต้องส่วนที่ 1, 2 และ 3 ที่เหลือทั้งหมด



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง ตำบลนาแก อำเภอจาง จังหวัดลำปาง ๐ ๕๔๖๖ ๑๑๖๗
ที่ สป.๐๗๓๒ /๑๘ วันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง รายงานขอซื้อของจ้าง
เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดลำปาง

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง ตำบลนาแก อำเภอจาง มีความประสงค์จะซื้อ/จ้าง ชื่อหมึก HP Laserjet CE ๒๘๕ A โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑. เหตุผลความจำเป็นที่ต้องซื้อ
เนื่องด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง มีความจำเป็นต้องจัดซื้อหมึก HP Laserjet CE ๒๘๕ A เพื่อใช้ในการพิมพ์เอกสารในสำนักงาน
๒. รายละเอียดของพัสดุ
๑. ชื่อหมึก HP Laserjet CE ๒๘๕ A จำนวน ๒ กล่องๆ ๑,๗๘๐ บาท เป็นเงิน ๓,๕๖๐ บาท
๓. ราคาากลางและรายละเอียดของราคาากลาง จำนวน.....๓,๕๖๐.....บาท (สามพันห้าร้อยหกสิบบาทถ้วน)
๔. วงเงินที่จะซื้อ
เงินนอกงบประมาณ รายได้จากหน่วยงาน ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๓,๕๖๐ บาท (สามพันห้าร้อยหกสิบบาทถ้วน)
๕. กำหนดเวลาที่ต้องการใช้พัสดุนั้น หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จ
กำหนดเวลาการส่งมอบพัสดุ หรือให้งานนั้นแล้วเสร็จภายใน ๗ วัน นับถัดจากวันที่ลงนามในสัญญา
๖. วิธีที่จะซื้อและเหตุผลที่ต้องซื้อ

ดำเนินการจ้างเนื่องจากจัดซื้อจัดจ้างพัสดุ ที่มีการผลิต จำหน่าย ก่อสร้าง หรือให้บริการทั่วไป และมีวงเงินในการจัดซื้อจัดจ้างครั้งหนึ่งไม่เกินวงเงินตามที่กำหนด ในกฎกระทรวง ตามมาตรา ๕๖ (๒)ข

๗. การขออนุมัติแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ข้อ ๒๕(๕) ดังนี้

๑. นางพิมพ์ ธิ ส่าปาง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ประธานกรรมการ
อำนาจหน้าที่
ทำการตรวจรับพัสดุให้เป็นไปตามเงื่อนไขสัญญาหรือข้อตกลงนั้นอย่างช้าไม่เกิน ๗ วัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติให้ดำเนินการ ตามรายละเอียดในรายงานขอซื้อ ดังกล่าว

ข้างต้น

ลงชื่อ.....
(นายพิษณุ จินใจเย็น)
เจ้าหน้าที่

เห็นควรอนุมัติตามที่เสนอ
(ลงชื่อ)
(นายสุทธิศักดิ์ ธีระเชื้อ)
หัวหน้าเจ้าหน้าที่

อนุมัติตามที่เสนอ
(ลงชื่อ).....
(นายสุทธิศักดิ์ ธีระเชื้อ)

สาธารณสุขอำเภอจาง
ผู้ได้รับมอบอำนาจตามผู้ว่าราชการจังหวัดลำปาง
ตามคำสั่งจังหวัดลำปาง ที่ ๕๙๕๑/๒๕๖๒
ลงวันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

บริษัท สหพันธ์การค้าไทย จำกัด (มหาชน)

ใบกำกับภาษี / ใบส่งสินค้า

27/1 หมู่ที่ 2 ตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดเชียงราย

TAX INVOICE / DELIVERY ORDER

โทร. 0-5363-2005, 09-4424-4698, 08-6916-5513

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0 5735 56002 36 7

ชื่อลูกค้า	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง	เลขที่ใบกำกับภาษี IV - 4121
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี	0994000773145	วันที่ 14/1/64
ที่อยู่	1 ม.4 ต.หลวงเหนือ อ.จาง จ.ลำปาง 52110	
โทร.	054-261256	

Customer P.O.No. เลขที่ใบสั่งซื้อ	Payment Term เงื่อนไขการชำระเงิน	Due Order วันครบกำหนด	Salesman พนักงานขาย
	เครดิต 30 วัน		สุกดา เทียงตรง

Item ลำดับที่	Description รายการ	Qty จำนวน	Unit price ราคา/หน่วย	Amount จำนวนเงิน
1	หมึก HP Laserjet CE285A	2	1,780.00	3,560.00
			มูลค่าสินค้า	3,327.10
			Value Added Tax 7% ภาษีมูลค่าเพิ่ม	232.90
			Total รวมทั้งสิ้น	3,560.00

ตัวอักษร ตามพื้นที่หรือหกลักษณะ

ใบกรณีที่ต้องการเปลี่ยนแปลงรายการใบส่งสินค้าหรือใบเสร็จรับเงินและสินค้าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ภายใน 7 วัน
 สินค้าตามรายการข้างต้น แม้จะได้ส่งมอบสินค้าแก่ผู้ซื้อสินค้าแล้วยังเป็นของผู้ขายจนกว่าผู้ซื้อ ได้ชำระเงินเรียบร้อยแล้ว
 หากเลยกำหนดชำระเงิน คิดอัตราดอกเบี้ยร้อยละ 1.25 ต่อเดือน

<p>..... Received by ผู้รับสินค้า / ลงนามและประทับตรา วันที่ / Date.....</p>	<p>..... Delivery by ผู้ส่งสินค้า วันที่ / Date.....</p>	 <p>..... วันที่ / Date.....</p>
---	---	--

ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

ตามบันทึกขอซื้อ/จ้าง เลขที่ ลป.๐๗๓๒/๑๘ ลงวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๓
สำนักงานสาธารณสุขอำเภองาว ได้ตกลงซื้อหมึก HP Laserjet CE ๒๘๕ A กับ หจก.แมจัน บรินดิง (สำนักงาน
ใหญ่) สำหรับโครงการ จัดซื้อซื้อหมึก HP Laserjet CE ๒๘๕ A เป็นเงินจำนวน ๓,๕๖๐ บาท (สามพันห้าร้อยหกสิบ
บาทถ้วน)

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงานแล้ว ปรากฏว่าผลการตรวจรับ

ถูกต้อง

ครบถ้วนตามสัญญา

ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

ค่าปรับ

มีค่าปรับ

ไม่มีค่าปรับ

ลงชื่อ..... ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ประธานกรรมการ
(นางพิมพ์ ฌ ลำปาง)

ข้าพเจ้าได้รับมอบสิ่งของเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ตามรายละเอียดใบแจ้งรายการเลขที่ IV-๕๑๒๑ ลงวันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๔

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่

(นายพิษณุ จินใจเย็น)
เจ้าหน้าที่

<p>เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดลำปาง เพื่อโปรดทราบ ตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วย การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๐ ข้อ ๑๗๕(๔) (นายสุทธิศักดิ์ ธีระเชื้อ) หัวหน้าเจ้าหน้าที่</p> <p>ทราบ ลงชื่อ..... (นายสุทธิศักดิ์ ธีระเชื้อ) สาธารณสุขอำเภองาว ผู้ได้รับมอบอำนาจตามผู้ว่าราชการจังหวัดลำปาง ตามคำสั่งจังหวัดลำปาง ที่ ๕๔๕๑/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๒</p>	<p>เรื่อง ขออนุมัติจ่ายเงินนอกงบประมาณ(เงินบำรุง) เรียน สาธารณสุขอำเภองาว งานการเงิน สสอง.งาว ได้ตรวจสอบแล้ว หลักฐานครบถ้วน ถูกต้อง โดยมีเงินนอกงบประมาณ ประเภทเงินบำรุง วันที่.....จำนวนเงิน.....บาท จึงเรียนมาเพื่อโปรดลงนามอนุมัติจ่ายเงิน ตามคำสั่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๑๘๙๕/๒๕๖๑ ลงวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๑ ลงชื่อ..... (นางพิมพ์ ฌ ลำปาง) เจ้าหน้าที่การเงิน ทราบ/อนุมัติ ลงชื่อ..... (นายสุทธิศักดิ์ ธีระเชื้อ) สาธารณสุขอำเภองาว</p>
--	--

แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจในการจัดซื้อจัดจ้างทุกวิธีของหน่วยงาน
ในการเปิดเผยข้อมูลความขัดแย้งทางผลประโยชน์
ของหัวหน้าเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ และคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ

ข้าพเจ้า นายสุทธิศักดิ์ วีระเชื้อ	(หัวหน้าเจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นายพิษณุ จินใจเย็น	(เจ้าหน้าที่)
ข้าพเจ้า นางพิมพ์พร ณ ลำปาง	(ประธานกรรมการตรวจรับ)
ข้าพเจ้า	(กรรมการตรวจรับ)
ข้าพเจ้า	(กรรมการตรวจรับ)

ขอให้คำรับรองว่าไม่มีความเกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์กับผู้ขาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ และวางตัวเป็นกลางในการดำเนินการเกี่ยวกับการพัสดุ ปฏิบัติหน้าที่ด้วยจิตสำนึกด้วยความโปร่งใส สามารถให้มีผู้เกี่ยวข้องตรวจสอบได้ตลอดเวลา มุ่งประโยชน์ส่วนรวมเป็นสำคัญตามที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยแนวทางในการปฏิบัติในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๑

หากปรากฏว่าเกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างข้าพเจ้ากับชาย ผู้รับจ้าง ผู้เสนองาน หรือผู้ชนะประมูล หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เข้ามามีนิติสัมพันธ์ ข้าพเจ้าจะรายงานให้ทราบโดยทันที

ลงนาม _____

(นายสุทธิศักดิ์ วีระเชื้อ)

หัวหน้าพัสดุ

ลงนาม _____

(นางพิมพ์พร ณ ลำปาง)
ประธานกรรมการตรวจรับ

ลงนาม _____

(กรรมการตรวจรับ)

ลงนาม _____

(นายพิษณุ จินใจเย็น)

เจ้าหน้าที่

ลงนาม _____

(กรรมการตรวจรับ)

หมายเหตุ หากเพิ่มเติมคณะกรรมการสามารถดำเนินการภายใต้แบบแสดงความบริสุทธิ์ใจฯ นี้ได้โดยอนุโลม

ใบรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง
ที่อยู่ 23 หมู่ที่ 2 ตำบลนาแก อำเภอจาง จังหวัดลำปาง 52110

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000442246

ขอรับรองว่า ได้หักภาษี ณ ที่จ่าย ตามฎีกาเงินจากคลังที่
ลงวันที่ 25 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564

14 /64

ชื่อผู้ถูกหัก หจก.แม่จัน ปริ้นติง
ที่อยู่ 271/1 หมู่ 2 ตำบลแม่ไร่ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย 57240

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0573556002367

	ประเภทเงินได้ที่จ่าย	วัน เดือน ปี ที่จ่าย	จำนวนเงินได้		ภาษี	
ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา ภาษีเงินได้นิติบุคคล ค่าปรับ	วัสดุคอมพิวเตอร์	25 กุมภาพันธ์ 2564	3,327	10	33	27
รวม			3,327	10	33	27

รวมเงินภาษี (ตัวอักษร) (สามสิบสามบาทยี่สิบเจ็ดสตางค์)

(ลงชื่อ)

(นายสุทธิศักดิ์ ชีระเชื้อ)

ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอจาง

หน้าจัด แม่จัน ปรีนติง (สำนักงานใหญ่)

ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ 2 ตำบลแม่ไร่ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

RECEIPT

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0 5735 56002 36 7

โทร. 0-5363-2005, 09-4424-4698, 08-6916-5513


ชื่อลูกค้า	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจาง	เลขที่ใบเสร็จรับเงิน	DIV - 4121
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี	0994000773145	วันที่	
ที่อยู่	ม.4 ต.หลวงเหนือ อ.จาง จ.สปปาง 52110	อ้างอิงใบกำกับภาษี	IV - 4121
โทร.	054-261256	วันที่ใบกำกับภาษี	

Customer P.O.No. เลขที่ใบสั่งซื้อ	Payment Term เงื่อนไขการชำระเงิน	Due Order วันครบกำหนด	Salesman พนักงานขาย
	เครดิต 30 วัน		ศฤงคาร เทียงตรง

Item ลำดับที่	Description รายการ	Qty จำนวน	Unit price ราคา / หน่วย	Amount จำนวนเงิน
1	หมึก HP Laserjet CE285A	2	1,780.00	3,560.00
มูลค่าสินค้า				3,327.10
Value Added Tax 7% ภาษีมูลค่าเพิ่ม				232.90
Total รวมทั้งสิ้น				3,560.00

ตัวอักษร ตามพื้นที่หรือหมึกสีขาวยาว

ในกรณีที่ต้องการเปลี่ยนแปลงรายการใบส่งสินค้าหรือใบเสร็จรับเงินและสินค้าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ภายใน 7 วัน
สินค้าตามรายการข้างต้น เพื่อจะได้ส่งมอบสินค้าแก่ผู้ซื้อสินค้านั้นยังเป็นผู้ขายจนกว่าผู้ซื้อ ได้ชำระเงินเรียบร้อยแล้ว
หากเลยกำหนดชำระหนี้ คิดอัตราดอกเบี้ยร้อยละ 1.25 ต่อเดือน

Received by ผู้จ่ายเงิน/เจ้าหน้าที่ฝ่ายการเงิน วันที่ / Date.....	Cashier/ Collected by ผู้รับเงิน วันที่ / Date.....	 Authorized by ผู้รับผิดชอบ/ผู้ขาย วันที่ / Date.....
---	---	---