ขั้นตอนการนำเข้าเวชภัณฑ์ฯ

เช็คสถานะ
การนำเข้าได้ที่

https://goo.gl/bAmogg

ส่งเอกสารที่ครบถ้วน

ส่งเอกสารครบแล้วรอ
เจ้าหน้าที่โทรเรียกมา
ต่อรองราคาค่ะ

ห้องจัดซื้อ อ.3 ชั้น 5 (คุณ นก)
งานเวชภัณฑ์ฯ
โทร.02-201-0177

หมายเหตุ : รับเฉพาะเอกสารที่ครบถ้วน

เอกสารประกอบการนำเข้าเวชภัณฑ์ฯ

ดาวน์โหลด

https://goo.gl/MF9rRU

แบบฟอร์มที่ 1
ขออนุมัติการใช้เวชภัณฑ์ฯ
ชนิดใหม่

Or

แบบฟอร์มที่ 2
ขออนุมัติการใช้เวชภัณฑ์ฯ
กรณีเร่งด่วน

เอกสารประกอบด้วย 7 หัวข้อ

1 แบบฟอร์มการนำเข้าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์12 ข้อ

ส่วนที่ 1 (ใช้หัวกระดาษบริษัท)

แบบฟอร์มการนำเข้าเวชภัณฑ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

1. ชื่อเวชภัณฑ์ทางการค้า
2. ชื่อสามัญ
3. ชื่อบริษัทผู้ผลิต
4. ชื่อผู้จำหน่ายในประเทศไทย
5. ลักษณะของเวชภัณฑ์ หรือรูปแบบ เป็นภาษาไทย ← อธิบายลักษณะของเวชภัณฑ์ฯที่ทำนำเข้า
6. ขนาดบรรจุ ← ต้องตรงกับใบเสนอราคา เช่น ชุด,กล่อง,ชิ้น
7. ราคา (รวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว)
8. เหตุผลในการนำเสนอเข้า
9. เอกสารอ้างอิง ← เอกสารแนบท้าย เช่น ใบเสนอราคา, แคตตาล็อก , อย.
10. หน่วยที่ใช้เวชภัณฑ์
11. บริษัทจะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขในการเสนอเวชภัณฑ์ ดังนี้

    11.1 กำหนดยืนราคาอย่างน้อย 1 ปี

    11.2 เวชภัณฑ์ที่ผลิตต่างประเทศต้องมี Certificate Of Free Sale ในประเทศผู้ผลิตและคำรับรองว่ามีจำหน่ายในประเทศผู้ผลิต

    11.3 ทางโรงพยาบาลสงวนสิทธิ์ การนำเวชภัณฑ์ออกจากโรงพยาบาลฯ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

12. กำหนดส่งของภายใน 5 วันทำการ

ลงชื่อ.....

(ตัวแทนบริษัทฯ ผู้เสนอ)

ตำแหน่ง.....

2 แบบฟอร์มนำเข้า ให้เลือก 1 แบบฟอร์ม

✓ นำเข้าแบบปกติ หรือ นำเข้าแบบเร่งด่วน

(แบบฟอร์ม1 ปกติ , แบบฟอร์ม 2 กรณีเร่งด่วน)

ให้แพทย์ผู้เซ็นต์นำเข้า เลือกว่าเป็นวิธีคัดเลือก หรือเฉพาะเจาะจง พร้อมทั้งแนบสเปคภาษาไทย ไม่ต้องมีหัวกระดาษบริษัท พร้อมทั้งให้แพทย์ผู้นำเข้าเซ็นต์รับรองในสเปค (ไม่ต้องมีลายเซ็นต์ผู้แทนและตราประทับของบริษัท)

แบบฟอร์มที่ 1 ขออนุมัติการใช้เวชภัณฑ์ฯ ชนิดใหม่

แบบฟอร์มที่ ๑ คำเสนอขออนุมัติการใช้เวชภัณฑ์การแพทย์ชนิดใหม่ (สำหรับแพทย์ / พยาบาล)

ชื่อเวชภัณฑ์การแพทย์ : .....บริษัท.....

๑. เวชภัณฑ์การแพทย์ที่มีอยู่ในโรงพยาบาล ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับที่เสนอเข้าใหม่ :

.....

.....

๒. เหตุผลที่เสนอเวชภัณฑ์การแพทย์เข้าใหม่

.....

.....

.....

.....

๓. จำนวนที่คาดว่าจะใช้ต่อเดือน ..... (ชิ้น/เครื่อง/ชุด) / เดือน

๔. จัดอยู่ในประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ดังนี้

รหัสเบิก กบก. ..... เบิกได้ .....

ข้าพเจ้าขอเสนอวิธีการจัดหาตาม พรบ. จัดซื้อจัดจ้าง (ตามเอกสารแนบ) เห็นควรให้จัดหาตาม พรบ. การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ด้วยวิธี

☐ วิธีคัดเลือก โดยมีบริษัทที่สมควรเข้ารับการคัดเลือกอย่างน้อย ๓ บริษัท คือ

๑. ชื่อเวชภัณฑ์ ..... บริษัท .....

๒. ชื่อเวชภัณฑ์ ..... บริษัท .....

๓. ชื่อเวชภัณฑ์ ..... บริษัท .....

๔. ชื่อเวชภัณฑ์ ..... บริษัท .....

☐ วิธีเฉพาะเจาะจง เหตุผล

☐ มีผู้ประกอบการซึ่งมีคุณสมบัติโดยตรงเพียงรายเดียวหรือเป็นตัวแทนจำหน่ายโดยชอบด้วยกฎหมายเพียงรายเดียวในประเทศไทย และไม่มีพัสดุอื่นที่จะใช้ทดแทนได้

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและลงนามรับรองเอกสารคุณลักษณะเฉพาะ (specification) ดังรายละเอียดตามเอกสารแนบ

ผู้นำเสนอเข้า ..... ชื่อผู้รับรอง .....

(.....) (.....)

อาจารย์แพทย์ / พยาบาลหัวหน้าหน่วย ตำแหน่งหัวหน้าสาขาวิชา / พยาบาลหัวหน้างาน

เบอร์โทรศัพท์ .....

ชื่อผู้รับรอง.....

(.....)

หัวหน้าภาควิชา / หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

อัพเดท 23 พ.ย. 2560

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบสังคม

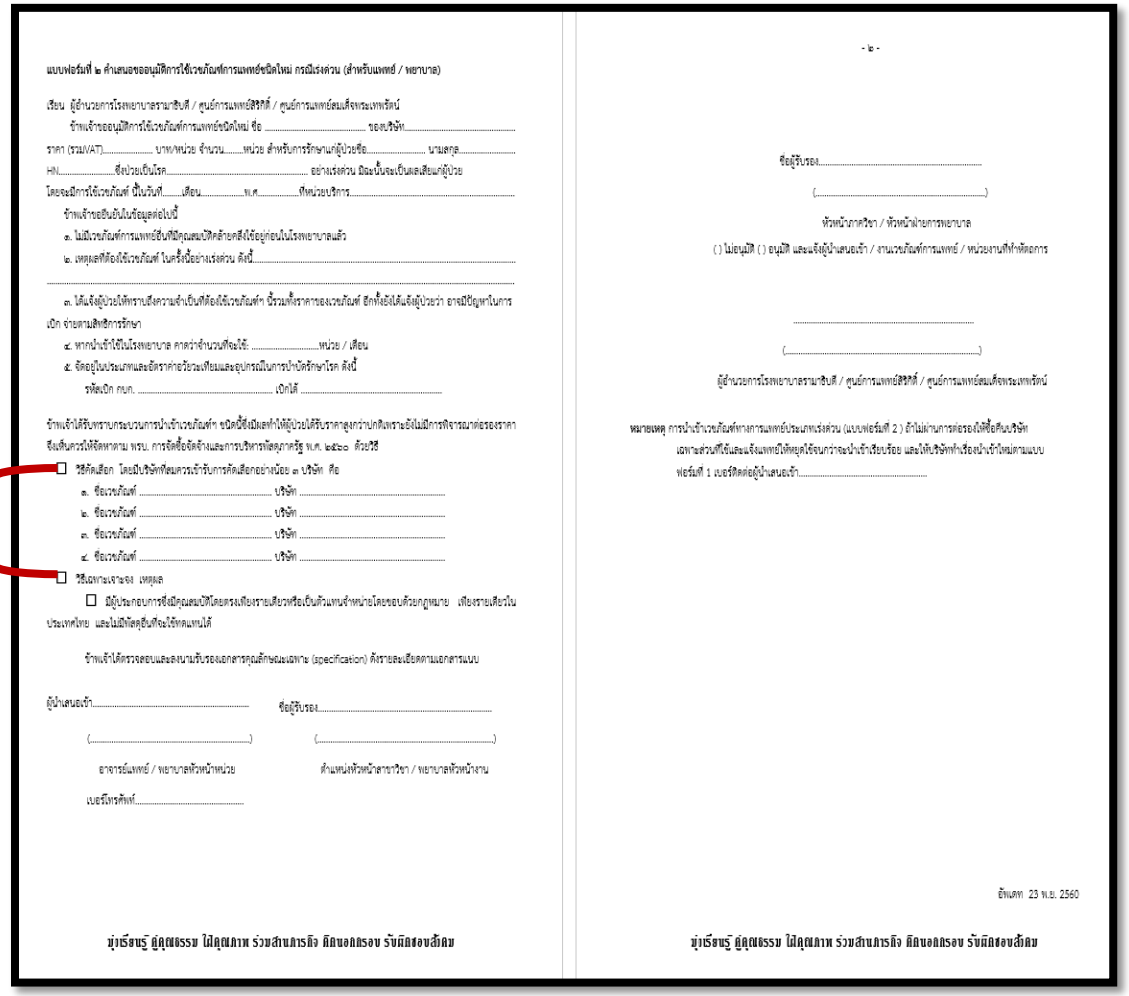
แบบฟอร์มนำเข้า ให้เลือก 1 แบบฟอร์ม

✓ **นำเข้าแบบปกติ หรือ นำเข้าแบบเร่งด่วน**

ให้แพทย์ผู้เซ็นต์นำเข้า เลือกว่าเป็นวิธีคัดเลือก หรือ เฉพาะเจาะจง พร้อมทั้งแนบสเปคภาษาไทย ไม่ต้องมีหัวกระดาษบริษัท พร้อมทั้งให้แพทย์ผู้นำเข้าเซ็นต์รับรองในสเปค (ไม่ต้องมีลายเซ็นต์ผู้แทนและตราประทับของบริษัท)

** กรณีเร่งด่วน ทางเวชภัณฑ์ฯจะสร้าง **SAP Code** ให้ **User** ได้ใช้ของก่อน แต่ยังไม่มีการซื้อคืนบริษัท จนกว่าจะมีการต่อรองราคา ถ้าต่อรองราคาไม่ผ่าน จะซื้อคืนเฉพาะตัวที่ใช้ไป แล้วปิด **Sap Code****

แบบฟอร์มที่ 2 ขออนุมัติการใช้เวชภัณฑ์ฯ กรณีเร่งด่วน



แบบฟอร์มที่ ๒ คำเสนอขออนุมัติการใช้เวชภัณฑ์การแพทย์ชนิดใหม่ กรณีเร่งด่วน (สำหรับแพทย์ / พยาบาล)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี / ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ / ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์

ข้าพเจ้าขออนุมัติการใช้เวชภัณฑ์การแพทย์ชนิดใหม่ ชื่อ ..... ของบริษัท.....

ราคา (รวมVAT)..... บาท/หน่วย จำนวน.....หน่วย สำหรับการรักษาแก่ผู้ป่วยชื่อ..... นามสกุล.....

HN.....ซึ่งป่วยเป็นโรค..... อย่างเร่งด่วน ถึงแม้จะเป็นเลเสียแก่ผู้ป่วย

โดยจะมีการใช้เวชภัณฑ์ นี้ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ที่หน่วยบริการ.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันในข้อมูลต่อไปนี้

๑. ไม่มีเวชภัณฑ์การแพทย์ชิ้นที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงใช้อยู่ก่อนในโรงพยาบาลแล้ว

๒. เหตุผลที่ต้องใช้เวชภัณฑ์ ในครั้งนี้อย่างเร่งด่วน คือ.....

.....

๓. ได้แจ้งผู้ป่วยให้ทราบถึงความจำเป็นที่ต้องใช้เวชภัณฑ์ฯ นี้รวมทั้งราคาของเวชภัณฑ์ อีกทั้งยังได้แจ้งผู้ป่วยว่า อาจมีปัญหาในการเบิก จ่ายตามสิทธิการรักษา

๔. หากนำเข้าใช้ในโรงพยาบาล คาดว่าจำนวนที่จะใช้: .....หน่วย / เดือน

๕. จัดอยู่ในประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ดังนี้

รหัสเบิก กบก. ..... เบิกได้ .....

ข้าพเจ้าได้รับทราบกระบวนการนำเข้าเวชภัณฑ์ฯ ชนิดนี้ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับราคาสูงกว่าปกติเพราะยังไม่มีการพิจารณาต่อรองราคา ซึ่งขึ้นควบให้จัดหาตาม พรบ. การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ ด้วยวิธี

☐ วิธีคัดเลือก โดยมีบริษัทที่สมควรเข้ารับการคัดเลือกอย่างน้อย ๓ บริษัท คือ

๑. ชื่อเวชภัณฑ์ ..... บริษัท .....

๒. ชื่อเวชภัณฑ์ ..... บริษัท .....

๓. ชื่อเวชภัณฑ์ ..... บริษัท .....

๔. ชื่อเวชภัณฑ์ ..... บริษัท .....

☐ วิธีเฉพาะเจาะจง เหตุผล

☐ มีผู้ประกอบการซึ่งมีคุณสมบัติโดยตรงเพียงรายเดียวหรือเป็นตัวแทนจำหน่ายโดยชอบด้วยกฎหมาย เพียงรายเดียวในประเทศไทย และไม่มีวัสดุอื่นที่จะใช้ทดแทนได้

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและลงนามรับรองเอกสารคุณลักษณะเฉพาะ (specification) ดังรายละเอียดตามเอกสารแนบ

ผู้นำเสนอเข้า..... ชื่อผู้รับรอง.....

(.....) (.....)

อาจารย์แพทย์ / พยาบาลหัวหน้าหน่วย ตำแหน่งหัวหน้าสาขาวิชา / พยาบาลหัวหน้างาน

เบอร์โทรศัพท์.....

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสำนึกรับผิด ทันนอกทันรอบ รับผิดชอบสังคม

- ๒ -

ชื่อผู้รับรอง.....

(.....)

หัวหน้าภาควิชา / หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

( ) ไม่อนุมัติ ( ) อนุมัติ และแจ้งผู้นำเสนอเข้า / งานเวชภัณฑ์การแพทย์ / หน่วยงานที่กำหัดการ

.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี / ศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ / ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์

หมายเหตุ การนำเข้าเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ประเภทเร่งด่วน (แบบฟอร์มที่ 2) ถ้าไม่ผ่านการต่อรองถึงซื้อคืนบริษัท เฉพาะส่วนที่ใช้และแจ้งแพทย์ให้หยุดใช้จนกว่าจะนำเข้าเรียบร้อย และให้บริษัททำเรื่องนำเข้าใหม่ตามแบบฟอร์มที่ 1 เบอร์ติดต่อผู้นำเสนอเข้า.....

อัพเดท 23 พ.ย. 2560

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสำนึกรับผิด ทันนอกทันรอบ รับผิดชอบสังคม

3 ใบเสนอราคา

ก่อนต่อรองราคา

ใช้หัวกระดาษบริษัท

ใบเสนอราคา

วันที่.....(วันที่ส่งใบเสนอราคา).....

เรื่อง ขอเสนอราคาเวชภัณฑ์ทางการแพทย์
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี

บริษัท ..... มีความยินดีขอเสนอราคาดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รหัสสินค้า	รายละเอียด	ลักษณะนาม	ราคาที่เสนอ (ราคารวม VAT 7% แล้ว)	หมายเหตุ
	(รหัสเวชภัณฑ์ให้ตรงกับที่เสนอนำเข้า) (ถ้ามี)	(ชื่อรายการเวชภัณฑ์ให้ตรงกับที่เสนอนำเข้า)	(เช่น ชิ้น , ชุด , กล่อง) (ให้ตรงกับที่เสนอนำเข้า)		(เช่น 5 ชิ้น ต่อกล่อง) หรือปรับราคา % (ถ้ามี)

หมายเหตุ

- ราคาที่เสนอนี้รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% แล้ว
- ผลิตภัณฑ์จากประเทศ .....
- กำหนดส่งของ 5 วันทำการ
- กำหนดยืนราคา ถึง 30 กันยายน 2562
- รับประกันคุณภาพ ..... ปี
- สินค้า (มี หรือ ไม่มี) วันหมดอายุข้าง (กล่อง / ซอง)

ขอแสดงความนับถือ

(...ผู้แทนขาย...)
โทร.....

(ผู้จัดการบริษัท.....)

ผ่านการต่อรองราคา <u>จากคณะกรรมการของ รพ.</u>

(กรณีผ่านการต่อรองราคาแล้ว ถ้ายังไม่ผ่านการต่อรอง หรือยังไม่ถึงคิวต่อรองราคายังไม่ต้องทำ)

ใช้หัวกระดาษบริษัท

ใบเสนอราคา

วันที่.....(วันที่ส่งใบเสนอราคา).....

เรื่อง ขอเสนอราคาเวชภัณฑ์ทางการแพทย์
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี
วันที่ต่อรอง (.....)

บริษัท ..... มีความยินดีขอเสนอราคาดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รหัสสินค้า	รายละเอียด	ลักษณะนาม	ราคาที่เสนอ (ราคารวม VAT 7% แล้ว)	ราคาที่ต่อรอง (ราคารวม VAT 7% แล้ว)	หมายเหตุ
	(รหัสเวชภัณฑ์ให้ตรงกับที่เสนอนำเข้า) (ถ้ามี)	(ชื่อรายการเวชภัณฑ์ให้ตรงกับที่เสนอนำเข้า)	(เช่น ชิ้น , ชุด , กล่อง) (ให้ตรงกับที่เสนอนำเข้า)			(เช่น 5 ชิ้น ต่อกล่อง) หรือปรับราคา % (ถ้ามี)

หมายเหตุ

- ราคาที่เสนอนี้รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% แล้ว
- ผลิตภัณฑ์จากประเทศ .....
- กำหนดส่งของ 5 วันทำการ
- กำหนดยืนราคา ถึง 30 กันยายน 2562
- รับประกันคุณภาพ ..... ปี
- สินค้า (มี หรือ ไม่มี) วันหมดอายุข้าง (กล่อง / ซอง)

ขอแสดงความนับถือ

(...ผู้แทนขาย...)
โทร.....

(ผู้จัดการบริษัท.....)

4 สเปคสินค้า (ภาษาไทย)

5 แคตตาล็อก

ไฮไลท์ รหัสสินค้าที่ทำนำเข้ากับ รพ.
ให้ตรงกับใบเสนอราคา

6 หนังสือประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ (อย.)

ไฮไลท์ รหัสสินค้าที่ทำนำเข้ากับ รพ.
ให้ตรงกับใบเสนอราคา

7 Certificate of Free Sale

** เอกสารส่วนของบริษัท กรุณาเซ็นต์สำเนาถูกต้อง พร้อมทั้งประทับตราบริษัท**