



ใบสั่งซื้อ

ผู้ขาย.....
 ที่อยู่.....
 โทรศัพท์.....
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....
 เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
 ชื่อบัญชี.....
 ธนาคาร.....

ใบสั่งซื้อเลขที่.....
 วันที่.....
 ส่วนราชการคณะพยาบาลศาสตร์ ม.ราชภัฏอุดรธานี
 ที่อยู่ ๖๔ ถ.ทหาร ต.หมากแข้ง อ.เมืองอุดรธานี
 จ.อุดรธานี รหัสไปรษณีย์ ๔๑๐๐๐
 โทรศัพท์ ๐๔๒-๒๑๑-๐๔๐ ต่อ ๓๐๐๐

ตามที่.....ได้เสนอราคา ไว้ต่อ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
 ซึ่งได้รับราคาและตกลงซื้อ ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาต่อหน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
			รวมเป็นเงิน		
			ภาษีมูลค่าเพิ่ม		
			รวมเป็นเงินทั้งสิ้น		

การสั่งซื้อ อยู่ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้

- กำหนดส่งมอบภายใน.....วัน นับถัดจากวันที่ผู้รับซื้อได้รับใบสั่งซื้อ
- ครบกำหนดส่งมอบวันที่.....
- สถานที่ส่งมอบ คณะพยาบาลศาสตร์ ม.ราชภัฏอุดรธานี
- ระยะเวลาประกัน.....
- สงวนสิทธิ์ค่าปรับกรณีส่งมอบเกินกำหนด โดยคิดค่าปรับเป็นรายวันในอัตราร้อยละ.....๐.๑๐.....ของราคา
งานซื้อแต่ต้องไม่ต่ำกว่าวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท
- ส่วนราชการสงวนสิทธิ์ที่จะไม่รับมอบถ้าปรากฏว่าสินค้านั้นมีลักษณะไม่ตรงตามรายการที่ระบุไว้ในใบสั่งซื้อกรณีนี้ผู้ขายจะต้องดำเนินการเปลี่ยนใหม่ให้ถูกต้องตามใบสั่งซื้อทุกประการ

๗. การประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ หน่วยงานของรัฐสามารถนำผลการปฏิบัติงานแล้วเสร็จตามสัญญาหรือข้อตกลงของคู่สัญญาเพื่อนำมาประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบการ

หมายเหตุ:

๑. การติดอากรแสตมป์ให้เป็นไปตามประมวลกฎหมายรัษฎากร หากต้องการให้ใบสั่งซื้อมีผลตามกฎหมาย

๒. ใบสั่งซื้อนี้อ้างอิงตามเลขที่โครงการ..... ชื่อ.....
..... โดยวิธี..... เฉพาะเจาะจง.....

ลงชื่อ..... ผู้สั่งซื้อ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อ..... ผู้รับใบสั่งซื้อ
(.....)

ผู้ขาย

วันที่.....

-ทราบ/เห็นชอบ

-มอบหมายให้เจ้าหน้าที่พัสดุดำเนินการตามระเบียบฯ ต่อไป

(.....)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ใบตรวจรับการจัดซื้อ

วันที่.....

ตามใบสั่งซื้อเลขที่..... ลงวันที่..... (คณะพยาบาลศาสตร์)

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ได้ตกลงซื้อ กับ..... สำหรับโครงการ
ซื้อ.....

โดยวิธี เฉพาะเจาะจง เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น..... บาท (.....)

ผู้ตรวจรับพัสดุ ได้ตรวจรับงาน แล้ว ผลปรากฏ ดังนี้

๑. ผลการตรวจรับ วันที่.....

ถูกต้อง

ครบถ้วนตามสัญญา

ไม่ครบถ้วนตามสัญญา

๒. ค่าปรับ

มีค่าปรับ

ไม่มีค่าปรับ

๓. การเบิกจ่ายเงิน

เบิกจ่ายเงิน เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น..... บาท(.....)

(ลงชื่อ)..... ประธานกรรมการ/ผู้ตรวจรับพัสดุ
(.....)

(ลงชื่อ)..... กรรมการ
(.....)

(ลงชื่อ)..... กรรมการและเลขานุการ
(.....)

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

กรรมการตรวจรับพัสดุได้ทำการตรวจรับตามใบสั่งซื้อเรียบร้อยแล้ว เห็นควรส่งหลักฐานการเบิกจ่ายเงินต่อไป

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่พัสดุ
(.....)

ลงชื่อ..... หัวหน้าเจ้าหน้าที่พัสดุ
(.....)

หมายเหตุ : เลขที่โครงการ.....

เลขคูมสัญญา.....

เลขคูมตรวจรับ.....

- ทราบ/เห็นชอบ
- มอบหมายให้เจ้าหน้าที่พัสดุดำเนินการตามระเบียบฯ ต่อไป
.....
(.....)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์