**ใบขออนุมัติจัดหาวัสดุทางการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์และเวชภัณฑ์มิใช่ยา**

MSU-FM-FAC-001

แก้ไขครั้งที่ : 01 วันที่บังคับใช้ ................

 **โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**

 วันที่.........................................................

เรียน คณะอนุกรรมการวัสดุทางการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์และเวชภัณฑ์มิใช่ยา

 ข้าพเจ้า ................................................................................. หน่วยงาน/หน่วยเบิก.......................................................

มีความประสงค์จะเสนอจัดหาวัสดุทางการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์และเวชภัณฑ์มิใช่ยาของโรงพยาบาลสุทธาเวช
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

 1. ชื่อสินค้า/ชื่อการค้า....................................................................................................................................................

 2. รายละเอียด (แนบเอกสารอ้างอิงถ้ามี).......................................................................................................................

 3. ประเภท/หมวดหมู่......................................................................................................................................................

 4. ประมาณการใช้ต่อเดือน..............................................................................................................................................

 **ประสบการณ์การใช้** 🞏 มี 🞏 ไม่มี

**จำนวนแพทย์หรือหน่วยงานที่ใช้งาน**...........................................................................................................................................

**มีการใช้งานในโรงพยาบาลของรัฐ**  เช่น.......................................................................................................................................

**ผลการพิจารณาการใช้งาน**

......................................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................

**เหตุผลความจำเป็น**

......................................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................

**ข้อมูลเกี่ยวกับสินค้า**

......................................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................

**ราคาที่รวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้วต่อขนาดบรรจุ** ...........................................................................................................................

**บริษัทผู้แทนจำหน่าย**.....................................................................**ชื่อผู้แทน**..............................................................................

**โทรศัพท์**………………………………………**โทรสาร**…………………………..………………**E-mail**………...…………………………….…………….…..

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

ตำแหน่ง........................................................ ตำแหน่ง........................................................

 ผู้เสนอ หัวหน้าหน่วยเบิก

วันที่............................................................... วันที่...............................................................

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**ผลการพิจารณา**

🞏 จัดหาและคงคลังวัสดุทางการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์ และเวชภัณฑ์มิใช่ยา โรงพยาบาลสุทธาเวช

🞏 ขอทดลองใช้งาน 3 เดือน

🞏 จัดหาข้อมูลเพิ่มเติม และพิจารณาอีกครั้งในการประชุมครั้งต่อไป

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………..

🞏 ไม่ผ่านการพิจารณา เนื่องจาก

…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………..

 ลงชื่อ.......................................................ประธานอนุกรรมการ/หรือผู้มีอำนาจ

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

 วันที่...............................................................