**ใบขออนุมัติจัดหาวัสดุทางการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์และเวชภัณฑ์มิใช่ยา**

SDVH-FM-FAC-001

แก้ไขครั้งที่ : 03 วันที่บังคับใช้ 30 ก.ย. 63

 **โรงพยาบาลสุทธาเวช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**

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

เรียน คณะอนุกรรมการวัสดุทางการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์และเวชภัณฑ์มิใช่ยา

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

มีความประสงค์จะเสนอจัดหา วัสดุทางการแพทย์ หรือ วัสดุวิทยาศาสตร์ หรือ เวชภัณฑ์มิใช่ยาของโรงพยาบาลสุทธาเวช โดยมีรายละเอียดดังนี้

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

**รหัส UNSPC** .........................................................................................................................................................................................

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

 3. ประเภท/หมวดหมู่ 🞏 วัสดุการแพทย์ 🞏 วัสดุวิทยาศาสตร์ 🞏 เวชภัณฑ์มิใช่ยา 🞏 อื่นๆ................................................................

 กรณีที่เป็นหมวด **วัสดุการแพทย์** ให้กรอกข้อมูลเพิ่มเติมดังนี้

 3.1. มีวัสดุชนิดเดียวกันอยู่ในคลังวัสดุหรือไม่ 🞏 ไม่มี 🞏 มี ระบุเหตุผลในการจัดหา...............................................................................

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

 3.2. รหัสเบิกกรมบัญชีกลาง .....................................................

 ราคาเบิกได้ตามสิทธิ์ UC ……………………......…….... บาท จต/อปท ………………….......…….... บาท ปกส ………………….......…….... บาท

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

 **ประสบการณ์การใช้/ทดลองใช้** 🞏 มี 🞏 ไม่มี

 **ผลการพิจารณาการใช้งาน**

 .........................................................................................................................................................................................................**................**

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

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

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

**ราคาเทียบเคียงจาก รพ.ใกล้เคียง หรือ รพ.อื่นๆ**

1.รพ.มค. (ราคา/หน่วย) ......................................... 2.รพ.(ราคา/หน่วย) ......................................... 3.รพ. (ราคา/หน่วย) .........................................

**เหตุผลความจำเป็น** ..........................................................................................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

 ผู้เสนอ หัวหน้าหน่วยงานที่เสนอใช้งาน

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

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

**ผลการพิจารณา**

🞏 จัดหาและคงคลังวัสดุทางการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์ และเวชภัณฑ์มิใช่ยา โรงพยาบาลสุทธาเวช

🞏 ขอทดลองใช้งาน 3 เดือน

🞏 จัดหาข้อมูลเพิ่มเติม และพิจารณาอีกครั้งในการประชุมครั้งต่อไป

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

🞏 ไม่ผ่านการพิจารณา เนื่องจาก

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

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

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

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

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