



ประกาศคณะกรรมการสวัสดิการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเลย
เรื่อง รับสมัครผู้ประกอบการจำหน่ายสินค้า บริเวณลานจอดรถจักรยานยนต์ โรงพยาบาลเลย

ด้วย คณะกรรมการสวัสดิการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเลย มีความประสงค์จะรับสมัครผู้ประกอบการจำหน่ายสินค้า บริเวณลานจอดรถจักรยานยนต์ โรงพยาบาลเลย โดยมีรายละเอียดต่างๆ ดังนี้

๑. รูปแบบการดำเนินงาน

๑.๑ ประเภทของสินค้าที่จำหน่าย

(๑) สินค้าอุปโภค บริโภค ทุกชนิด

๑.๒ ผู้ประกอบการใช้พื้นที่ในแต่ละวันในระหว่างเวลา ตั้งแต่ ๐๗.๐๐ น.- ๒๑.๐๐ น.

เท่านั้น

๑.๓ โรงพยาบาลเลย จะให้เช่าเฉพาะสถานที่และให้กระแสไฟฟ้าเท่านั้น ส่วนอุปกรณ์อื่นๆ นอกเหนือจากระบุไว้ในประกาศนี้ ให้ผู้ประกอบการเป็นผู้จัดหาเอง

๒. คุณสมบัติของผู้ประกอบการจำหน่ายสินค้า

๒.๑ เป็นบุคคลหรือนิติบุคคล(แสดงเอกสารชื่อ ที่อยู่ หรือหนังสือจดทะเบียน)

๒.๒ มีอาชีพและประสบการณ์ในการบริหารจัดการ และ/หรือ จำหน่าย สินค้าและบริการ ตามวัตถุประสงค์ของคณะกรรมการสวัสดิการฯ

๒.๓ มีความรับผิดชอบต่อธุรกิจที่ตนดำเนินการและต่อคณะกรรมการสวัสดิการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเลย อันเป็นสังคมส่วนรวม

๒.๔ สามารถปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ และประกาศต่างๆ ของคณะกรรมการ สวัสดิการฯ โดยไม่มีข้อโต้แย้ง

๓. วิธีการคัดเลือก

๓.๑ ใช้วิธีการให้ผู้สนใจยื่นซองเสนอราคาเช่าพื้นที่ เริ่มต้นที่ ๒๐,๐๐๐ บาทขึ้นไป โดยยื่นซองเสนอราคาได้เพียงครั้งเดียว ซึ่งคณะกรรมการสวัสดิการฯ จะพิจารณาผู้ที่เสนอราคาสูงสุด ให้แก่คณะกรรมการสวัสดิการฯ ให้เป็นผู้ได้รับคัดเลือกเป็นผู้ประกอบการจัดจำหน่ายสินค้าตามลำดับ

๓.๒ ผู้ยื่นซองเสนอราคา ต้องวางเงินหลักประกันการยื่นซองเสนอราคา จำนวน ๕,๐๐๐ บาทต่อของที่ยื่นซองเสนอราคา และให้ถือว่าเงินหลักประกันการยื่นซองเสนอราคา เป็นส่วนหนึ่งของค่าเช่าพื้นที่ กรณีที่ผู้ยื่นซองเสนอราคา ได้รับการพิจารณาคัดเลือกให้เป็นผู้ชนะการเสนอราคาในครั้งนี้

๔. ระยะเวลาดำเนินการ

กำหนดวันให้เช่าพื้นที่จำหน่ายสินค้าตั้งแต่วันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๓ ถึง ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ จำนวน ๗ วัน

๕. วัน เวลา และสถานที่ยื่นขอเสนอราคา

๕.๑ ผู้สนใจสามารถติดต่อขอทราบรายละเอียดการดำเนินการได้ที่ งานสวัสดิการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย ในวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๒ ถึงวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. โทร ๐๔-๒๘๖๒-๑๒๓ ต่อ ๒๒๖๓ หรือ www.loeihospital.go.th

๕.๒ กำหนดยื่นขอเสนอราคา ในวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๓ เวลา ๐๙.๐๐ น. ถึง ๑๒.๐๐ น. งานสวัสดิการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย

๕.๓ ประกาศผลการพิจารณาผู้ได้รับการคัดเลือก ในวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๓ ณ บอร์ดประชาสัมพันธ์หน้าห้องกลุ่มงานบริหารทั่วไป ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเลย

๖. การทำสัญญาเช่าพื้นที่

ผู้ที่ได้รับการประกาศให้เป็นผู้ชนะการเสนอราคาจะต้องเข้ามาทำสัญญากับ คณะอนุกรรมการสวัสดิการฯ หลังจากทราบผลภายใน ๗ วันทำการ และต้องชำระเงินค่าเช่าพื้นที่คงเหลือ ทั้งหมด ในวันทำสัญญาเช่า

หากผู้ได้รับการประกาศให้เป็นผู้ชนะการยื่นขอเสนอราคา เช่าพื้นที่ไม่มาทำสัญญาเช่าพื้นที่ตามกำหนด จะถือว่าสละสิทธิ์ คณะอนุกรรมการสวัสดิการฯ จะเรียกผู้ได้รับการคัดเลือกลำดับถัดไป มาทำสัญญา และขอสงวนสิทธิ์ในการขอคืนเงินประกันของเสนอราคา ของผู้ยื่นที่ไม่มาทำสัญญานั้น

๗. การคืนเงินหลักประกันของ

คณะอนุกรรมการฯ จะคืนเงินหลักประกันของ ให้กับผู้ยื่นขอเสนอราคาที่ไม่ได้รับ เรียกมาทำสัญญา และเป็นผู้ยื่นขอเสนอราคาถูกต้องตามประกาศและข้อกำหนดของคณะอนุกรรมการสวัสดิการฯ ที่ได้กำหนดไว้เท่านั้น

๘. เอกสารที่ใช้ประกอบการยื่นขอ

๗.๑ ใบสมัครเข้ายื่นขอเสนอราคาเช่าพื้นที่จำหน่ายสินค้า บริเวณลานจอดรถ จักรยานยนต์ โรงพยาบาลเลย พร้อมหลักฐานแสดงตัวตน ตามที่ระบุไว้ในใบสมัคร (เว้นออกของเสนอราคา)

๗.๒ เอกสารรูปแบบบริหารจัดการ การให้บริการ เป็นผู้ประกอบการจำหน่ายสินค้า บริเวณลานจอดรถจักรยานยนต์ โรงพยาบาลเลย ตามประกาศคณะอนุกรรมการสวัสดิการ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเลย (ปิดผนึกไว้ในซองเสนอราคาพร้อมกับให้ลงนามทับรอยปิดผนึกให้เรียบร้อย)

๙. รายละเอียดเพิ่มเติม

คณะอนุกรรมการสวัสดิการฯ อาจยกเลิกประกาศการยื่นเสนอราคาในกรณีต่อไปนี้ ได้ โดยที่ผู้ยื่นขอเสนอราคาจะเรียกมัดจำเสียหายใดๆ จากคณะอนุกรรมการสวัสดิการฯ ไม่ได้

(๑) มีการกระทำที่เข้าลักษณะผู้ยื่นเสนอราคาที่ชนะการเสนอราคาหรือได้รับการคัดเลือกมีผลประโยชน์ร่วมกัน หรือมีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้ยื่นขอเสนอรายอื่น หรือขัดขวางการแข่งขันอย่างเป็นธรรมหรือสมยอมกันกับผู้ยื่นขอเสนอรายอื่น หรือเจ้าหน้าที่ในการเสนอราคา หรือสื่อว่าจะกระทำทุจริตอื่นใดในการเสนอราคา

(๒) การทำการเสนอราคาครั้งนี้ต่อไปอาจก่อให้เกิดความเสียหายแก่กองทุน
สวัสดิการฯ หรือกระทบต่อประโยชน์สาธารณะ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๖ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

วิมล

(นายชูนนุ มวิทยานันท์)

ประธานคณะกรรมการสวัสดิการฯ โรงพยาบาลเลย

การนำเสนอรูปแบบบริหารจัดการ การให้บริการ เป็นผู้ประกอบการจำหน่ายสินค้า
บริเวณลานจอดรถจักรยานยนต์ โรงพยาบาลเลย
โดย.....

๑. รายละเอียดเกี่ยวกับการให้บริการ

๑.๑ จำนวนบุคลากรให้บริการ (พนักงานขาย/ พนักงานเก็บเงิน ฯลฯ)

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

๑.๒ วัน เวลา เปิดให้บริการ

.....
.....

๒. ค่าเช่าพื้นที่ (ไม่ต่ำกว่า ๒๐,๐๐๐ บาท)

.....
.....

๓. ประสบการณ์ด้านการบริหารจัดการ

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

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

ผู้สมัคร

(ส่วนนี้เฉพาะเจ้าหน้าที่)

ลำดับที่สมัคร.....

วันที่รับสมัคร.....

ใบสมัครเข้าผู้ประกอบการจำหน่ายสินค้า บริเวณลานจอดรถจักรยานยนต์ โรงพยาบาลเลย

๑. ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว..... อายุ.....ปี
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เชื้อชาติ.....สัญชาติ.....
ศาสนา.....บัตรประชาชนเลขที่.....
ออกให้ ณ อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....วันที่ออก
บัตร.....วันที่บัตรหมดอายุ.....

๒. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก / ซอย.....
ตำบล / แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

๓. สถานที่ติดต่อสะดวกและรวดเร็ว เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....
ตำบล / แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรศัพท์มือถือ.....

๔. หลักฐานประกอบใบสมัคร

- รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป
- สำเนาทะเบียนบ้าน / สำเนาบัตรประชาชน อย่างละ ๑ ชุด (พร้อมต้นฉบับ)
- ภาพถ่ายสถานที่ประกอบการ และ/หรือ เอกสารหลักฐานใบประกาศนียบัตร
รับรองมาตรฐาน

๕. ประสบการณ์ในการประกอบกิจการ

- ไม่มี
- มี (ถ้ามีขอให้กรอกรายละเอียดข้อ ๕.๑ - ๕.๓)

๕.๑ สถานที่ประกอบการ.....

๕.๒ ระยะเวลาประกอบการ.....

๕.๓ จำนวนลูกจ้าง.....

๖. การนำเสนอรูปแบบบริหารจัดการ การให้บริการ ร้านจำหน่ายสินค้า (ให้นำเสนอ รายละเอียดตามแบบฟอร์มแนบท้ายใบสมัครนี้)

๗. ใบสมัครและรายละเอียดตามแบบฟอร์มแนบท้ายใบสมัครนี้ ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญา หากข้าพเจ้าได้รับการคัดเลือกให้เป็นผู้ประกอบการ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าจะปฏิบัติตามระเบียบของคณะกรรมการสวัสดิการฯ ทุกประการ พร้อมกันนี้ได้ลงลายมือชื่อไว้เรียบร้อยแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

๑. ได้ตรวจสอบรายละเอียดเกี่ยวกับใบสมัคร คุณสมบัติ และหลักฐานประกอบการสมัครแล้ว เห็นว่าถูกต้อง

(ลงชื่อ).....ผู้รับสมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....