

ใบเสนอราคา

Service Quotation No : TSSE SQ2568-1796 Date : _____Reference to : เรียน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยSerial No : รุ่น SX3000 หมายเลขเครื่อง 301581 คลินิกรวม2 ชั้น12 ยูนิต 11 เลขครุภัณฑ์ 132280002513 คร./59

[Customer] _____

Code : 02UN-001Name : คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยAddress : 34 ถนนอังรีดูนังต์ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330Province : BANGKOK METROPOLIS Tel 02-218-8901-5 Fax : _____

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	ราคารวม
1	SX31000M15 MICRO SWITCH SS-H-F	2 ชิ้น	350.00	700.00
Total Amount	เจ็ดร้อยบาทถ้วน		ราคาก่อนภาษี	654.21
			ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%	45.79
			ราคารวมภาษี	700.00

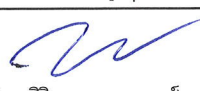
หมายเหตุ : กำหนดยื่นราคา 90 วัน นับจากวันเสนอราคา / กำหนดส่งมอบงานจ้าง ภายใน 90 วัน นับถัดจากวันรับใบสั่งจ้าง

: รับประกันงานซ่อมอาการเดิม และอะไหล่ 3 เดือน / อะไหล่ที่ซื้อไปซ่อมเองไม่รับประกัน / ไม่มีนโยบายจ่ายเงินค่าสวัสดิการ

: ลูกค้าตกลงซ่อมกรุณาลงชื่อด้านล่างตรงช่องลูกค้าอนุมัติ แล้วส่งกลับบริษัท Email : pas@siamdent.com หรือ idLine:@services-siamdent

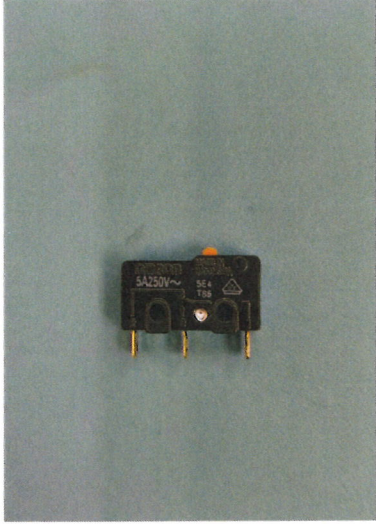
: โทร. 038-573-042 ต่อ 110 , 104 , 119



Prepared by / ผู้จัดทำ	Checked by / ผู้ตรวจสอบ	Approved by / ผู้อนุมัติ	Customer Approved / ลูกค้าอนุมัติ
 (คุณวรรณดี เกิดแพร่)		 (คุณวิริยา ถาวรภรณ์)	
Date	Date	Date	Date

SIAMDENT. บริษัท สยามเดนต์ จำกัด
Siamdent Co., Ltd.

71/10 หมู่ 5 ตำบลท่าข้าม อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา 24130 โทร. 038-573042 แฟกซ์ 038-573043
71/10 Mu 5, Thakham, Bangpakong, Chachuengsao 24130 Tel : 66 38 573042 Fax : 66 38 573043

ลำดับ	รหัสอะไหล่	ชื่ออะไหล่	คุณลักษณะ	รูปภาพ
1	SX31000M15	MICRO SWITCH SS-H-F	1. สามารถทนแรงดัน 250 VAC และกระแส 5 A เป็นแบบ 3 ขา 2. มีหน้าคอนแทค NO, NC อย่างละ 1 จุด มีขาสำหรับเชื่อมต่อสายได้ 3. มีรูสำหรับยึดสกรู จำนวน 2 ตำแหน่ง 4. เป็นสวิตช์แบบปกติปิด 5. เป็นของใหม่ ไม่ผ่านการใช้งานมาก่อน	

SIAMDENT.

Siamdent Co., Ltd.

Factory : 71/10 Mu 5, Thakham, Bangpakong, Chachuengsao 24130

T +66 (0) 3857 3042 ExL 104, 105, 110 M +66 (08) 1377 3473 F +66 (0) 3857 3043 ID Line. @services-siamdent E-mail: pas@siamdent.com



เล่มที่

1638

Services Report

วันที่

01/09/25

เลขที่

81862

รหัส 02UN-001 ชื่อลูกค้า คลินิกทันตกรรม
 Code No. Customer
 ที่อยู่ 34 ถนนรัชดาภิเษก แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ
 Address
10330 ชื่อผู้ติดต่อ คุณอ้อม
 Contact Person
 โทร. 089-149 6441 แฟกซ์ -
 Tel. Fax.

Product Information:-

(/) Dental Chair SX3000 Serial no. 301581
 () X-Ray Serial no.
 () Others Serial no.

Details of Service:-

(/) Service () Visit
 () Under Warranty ☐ Follow up
 (/) Out Of Warranty ☐ Follow up
 () Others

Service requisition No.

1) X-Ray:-

☐ X-Ray Beam ☐ Rotate ☐ Focus ☐ Automatic Time ☐ KV/MA ☐ SW on/off

2) Dental Chair:-

☒ Operating Light ☒ Handpiece ☒ Vacuum ☒ Junction Box ☒ Chair ☒ Foot Switch

3) Other:-

☐ Cleaning of water and air system after installation and service ☐ Cleaning for un infected

1. () เครื่องใช้งานได้ตามปกติ ไม่ต้องเปลี่ยนชิ้นส่วน โดยได้ทำการแก้ไข ดังนี้ (ดูลิ้นกรอง 2 ชิ้น 12 Unit 11)

ลำดับที่	รายละเอียด / การบริการ	วิธีการแก้ไข

2. () เครื่องใช้งานได้ตามปกติ โดยได้ทำการเปลี่ยนชิ้นส่วน ดังต่อไปนี้

ลำดับที่	รายละเอียด / การบริการ	อะไหล่		จำนวนเงินรวมภาษีมูลค่าเพิ่ม		
		รหัส	ชื่อ	จำนวน	ราคา@	จำนวนเงิน

() เครื่องไม่สามารถใช้งานได้

() เครื่องสามารถใช้งานได้

ค่าบริการ / Service Charge

ราคาทั้งสิ้น (รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม)

3. (/) ต้องติดตามเปลี่ยนอะไหล่ * (เปลี่ยนอะไหล่)

ลำดับที่	รายละเอียด / การบริการ	อะไหล่		จำนวนเงินรวมภาษีมูลค่าเพิ่ม		
		รหัส	ชื่อ	จำนวน	ราคา@	จำนวนเงิน
1.	- เปลี่ยน Micro Switch ติดกับหัวเข็มหรือวางด้วย สลักลิ้น เป็นอะไหล่ที่เชื่อมต่อด้วยสลักลิ้นแล้วกับ suction ใต้ ไม้วาง 13. Hipower	SX31000115	MICROSWITHHS5-F	2		

() ต้องจัดทำใบเสนอราคา Quotation No.

() Invoice No.

() ใบรายงานใหม่ No.

สำรวจความพึงพอใจลูกค้า				
ท่านร้องเรียน / ลงข้อร้องเรียน (4 ข้อจาก 3 ข้อ 2 ข้อ 1 ข้อ)	4	3	2	1
1. การให้บริการตรงตามความต้องการ	4	3	2	1
2. สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและแก้ไขได้อย่างถูกต้อง	4	3	2	1
3. มีการให้คำแนะนำการใช้และวิธีการรักษา	4	3	2	1
4. ลูกค้ามีความมั่นใจในการใช้บริการคลินิก	4	3	2	1
5. นิสัยบริการมีความเหมาะสมในการใช้งาน	4	3	2	1
6. ระบบในการประกันเป็นอย่างไร (ระยะเวลาหรือการรับประกัน)	4	3	2	1

ชื่อ อ้อมรหัส 2203072

เวลา _____ ถึง _____

รวม _____ ชั่วโมง

ผู้ตรวจสอบ

วันที่

ผู้อนุมัติ

วันที่

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น

บาท

ลงชื่อ

ตัวบรรจง

ผู้รับบริการ / อนุมัติ

สำหรับลูกค้า

วันที่

** ลูกค้าได้ตรวจสอบสินค้าดังกล่าวแล้ว และสามารถใช้ได้ตามที่ลูกค้าต้องการ

** ผู้บริการยินยอมให้บริการ ทำการซ่อมแซมเครื่องดังกล่าว และในกรณีที่มีปัญหา คิดค่าซ่อม

ผู้บริการยินดีรับผิดชอบค่าบริการ และค่าอะไหล่ใดๆ ที่เกิดขึ้นจากการซ่อมครั้งนี้