

## ใบเสนอราคา

Service Quotation No : TSSE SQ2568-0047 Date : \_\_\_\_\_

Reference to : เรียน คณะบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Serial No : รุ่น SX3000 หมายเลขเครื่อง 301580 คลินิกรวม 2 ชั้น 12 ยูนิต 10

[ Customer ]

Code : 02UN-001

Name : คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Address : 34 ถนนอังรีดูนังต์ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

Province : BANGKOK METROPOLIS Tel : 02-218-8901-5 Fax : 0 2255 3058, 0 2218 8609

| ลำดับ        | รายการ                                                | จำนวน  | ราคาต่อหน่วย       | ราคารวม  |
|--------------|-------------------------------------------------------|--------|--------------------|----------|
| 1            | W-ASU-1102-0904-0005 MAIN CHAIR-DOUBLE ARMREST V2 ASM | 1 ชิ้น | 5,500.00           | 5,500.00 |
| Total Amount | ห้าพันห้าร้อยบาทถ้วน                                  |        | ราคาก่อนภาษี       | 5,140.19 |
|              |                                                       |        | ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% | 359.81   |
|              |                                                       |        | ราคารวมภาษี        | 5,500.00 |

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 , 117



|                        |                         |                          |                                   |
|------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Prepared by / ผู้จัดทำ | Checked by / ผู้ตรวจสอบ | Approved by / ผู้อนุมัติ | Customer Approved / ลูกค้าอนุมัติ |
| (คุณบุษบา สุธรรมมา)    |                         | (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, Chachuenngsao 24130 Tel : 66 38 573042 Fax : 66 38 573043

| ลำดับ | รหัสอะไหล่           | ชื่ออะไหล่                       | คุณลักษณะ                                                                                                                                                               | รูปภาพ                                                                            |
|-------|----------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | W-ASU-1102-0904-0005 | MAIN CHAIR-DOUBLE ARMREST V2 ASM | <p>1. ชิ้นส่วน armrest สามารถนำไปติดตั้งกับยูนิทันตกรรมรุ่น sx3000 ได้</p> <p>2. ชิ้นส่วนต้องผ่านการพ่นสีเงินงานเป็นสีขาวสีเขียวกับยูนิทันทำฟัน และเพื่อป้องกันสนิม</p> |  |

**SIAMDENT.****Siamdent Co., Ltd.**Factory : 71/10 Mu 5, Thakham, Bangpakong, Chachungso 24130  
T.+66 (0) 3857 3042 Ext. 104, 105, 110 M.+66 (08) 1377 3473 F.+66 (0) 3857 3043 ID Line: @services-siamdent E-mail: pas@siamdent.com

เล่มที่ 1452

## Services Report

วันที่ 09/01/68 เลขที่ 72580

รหัส 22UN-001 ชื่อลูกค้า คุณเจนจิรา ทรัพย์งาม  
 Code No. Customer  
 ที่อยู่ 24 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร กรุงเทพฯ 10330  
 Address  
 ชื่อผู้ติดต่อ คุณวี  
 Contact Person  
 โทร. 089-119 6441 แฟกซ์ -  
 Tel. (02) 222 2222 Fax.

Product Information:-  
 ( ) Dental Chair 3x3000 Serial no. 301580  
 ( ) X-Ray \_\_\_\_\_ Serial no. \_\_\_\_\_  
 ( ) Others \_\_\_\_\_ Serial no. \_\_\_\_\_

Details of Service:-  
 ( ) Service \_\_\_\_\_ Service requisition No. \_\_\_\_\_  
 ( ) Under Warranty ☐ Visit ☐ Follow up  
 ( ) Out Of Warranty ☐ Follow up  
 ( ) Others \_\_\_\_\_

## 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 (เปลี่ยน 2 ชิ้น 12 Unit 10)

| ลำดับที่ | รายละเอียด / การบริการ | วิธีการแก้ไข                      |
|----------|------------------------|-----------------------------------|
| 1.       | - ตรวจสอบไฟไม่ติด      | - ทำการเปลี่ยนหลอดไฟไม่ติด 2 หลอด |

2. ( ) เครื่องใช้งานได้ตามปกติ โดยได้ทำการเปลี่ยนชิ้นส่วน ดังต่อไปนี้

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

( ) เครื่องไม่สามารถใช้งานได้

( ) เครื่องสามารถใช้งานได้

ค่าบริการ / Service Charge

-

3. ( ) ต้องติดตามเปลี่ยนอะไหล่ (เปลี่ยนหลอด)

ราคาทั้งสิ้น (รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม)

-

| ลำดับที่ | รายละเอียด / การบริการ               | อะไหล่                      |                    | จำนวนเงินรวมภาษีมูลค่าเพิ่ม |        |           |
|----------|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|--------|-----------|
|          |                                      | รหัส                        | ชื่อ               | จำนวน                       | ราคา @ | จำนวนเงิน |
| 1.       | - เปลี่ยนหลอดไฟ <u>(ARMREST ASH)</u> | <u>W-ASU-1102-0904-0005</u> | <u>ARMREST ASH</u> | <u>1</u>                    |        |           |
|          |                                      |                             |                    |                             |        |           |
|          |                                      |                             |                    |                             |        |           |
|          |                                      |                             |                    |                             |        |           |

( ) ต้องจัดทำใบเสนอราคา Quotation No.

( ) Invoice No.

( ) ใบขายงานใหม่ No.

| สำรวจความพึงพอใจลูกค้า                                                    |   |   |   |   |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|--|--|
| ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับคะแนน ( 4.พอใจมาก 3.พอใจ 2.พอใช้ 1.ไม่พอใจ ) |   |   |   |   |  |  |
| 1. การให้บริการตรงเวลาตามที่นัดหมาย                                       | 4 | 3 | 2 | 1 |  |  |
| 2. สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและแก้ไขได้อย่างถูกต้อง                   | 4 | 3 | 2 | 1 |  |  |
| 3. มีการให้คำแนะนำการใช้และวิธีบำรุงรักษา                                 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |  |
| 4. ลูกค้ามีความมั่นใจในการใช้งานผลิตภัณฑ์                                 | 4 | 3 | 2 | 1 |  |  |
| 5. ผลิตภัณฑ์มีความเหมาะสมในการใช้งาน                                      | 4 | 3 | 2 | 1 |  |  |
| 6. ระบบในการประกันเป็นอย่างดี (ระยะเวลาหรือการรับประกัน)                  | 4 | 3 | 2 | 1 |  |  |

\*\* ลูกค้าได้ตรวจสอบสินค้าดังกล่าวข้างต้นเรียบร้อยแล้ว และสามารถใช้งานได้ตามที่ลูกค้าต้องการ

\*\* ผู้บริการยินยอมให้บริการ ทดลองซ่อมแซมเครื่องดังกล่าว และในกรณีที่บริษัทฯ คิดค่าซ่อม

ผู้บริการยินยอมคืนเงินค่าบริการ และค่าอะไหล่ใดๆ ที่เกิดขึ้นจากการซ่อมในครั้งนี้

F-TSS-008 / 14-10-22 / K

สำหรับลูกค้า

วันที่

จำนวนเงินรวมหนี้สิน บาทลงชื่อ อ.เจนจิรา + อ.เจน ผู้รับบริการ / อนุมัติ

ตัวบรรจง