

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 01055 32068 266

ใบเสนอราคา

Service Quotation No : TSSE SQ2568-1630 Date : _____Reference to : เรียน คณะบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยSerial No : รุ่น SX3000 หมายเลขเครื่อง 301698 คลินิกรวม2 ชั้น12 ยูนิต 43 เลขครุภัณฑ์ 132280002545 คร./59

[Customer]

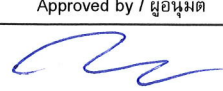
Code : 02UN-001Name : คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยAddress : 34 ถนนอังรีดูนังต์ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330Province : BANGKOK METROPOLIS Tel 02-218-8901-5 Fax : 0 2255 3058, 0 2218 8609

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	ราคารวม
1	W-TSS-FN11-0001 UNIVERSAL VACUUM EJECTOR VALVE ON/OFF ASM (SX3000) หัวดูดใหญ่มีวาล์วปรับแรงดูด	1 ชิ้น	1,200.00	1,200.00
2	W-TSS-FN07-0007 SALIVA EJECTOR VALVE ON/OFF หัวดูดเล็กมีวาล์วปรับแรงดูด	1 ชิ้น	900.00	900.00
3	W-TSS-FN07-0001 3-WAY CARTIDGE HEAD ASM FOR SERVICE (หัวฉีดน้ำฉีดลม)	1 ชิ้น	2,300.00	2,300.00
Total Amount	สี่พันสี่ร้อยบาทถ้วน		ราคาก่อนภาษี	4,112.15
			ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%	287.85
			ราคารวมภาษี	4,400.00

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

- : รับประกันงานซ่อมอาการเดิม และอะไหล่ 3 เดือน / อะไหล่ที่ซื้อไปซ่อมเองไม่รับประกัน / ไม่มีนโยบายจ่ายเงินค่าวัสดุการ
- : ลูกค้านำส่งซ่อมกรุณาลงชื่อด้านล่างตรงช่องลูกค้าอนุมัติ 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



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

Factory : 71/10 Mu 5, Thakham, Bangpakong, Chachuengsaob 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 1638

Services Report

วันที่ 14/08/95 เลขที่ 81857

รหัส 09UN-001 ชื่อลูกค้า ดนพลพัฒน์ (พัฒน์) วัฒนา
Code No Customer
ที่อยู่ 34 ถนนวิสุทธิตย์ แขวงวิภาวดี เขตปทุมธานี กรุงเทพฯ
Address
10340 ชื่อผู้ติดต่อ ดน วัฒน
Contact Person
โทร. แฟกซ์
Tel. Fax

Product Information:-

(/) Dental Chair 2000 Serial no. 891898

() X-Ray _____ Serial no. _____

() Others _____ Serial no. _____

Details of Service:-

(/) Service _____

() Under Warranty ☐ 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
- bmvajirani (132230002545 on/1/59)

1- () เครื่องใช้งานได้ตามปกติ ไม่ต้องเปลี่ยนชิ้นส่วน โดยได้ทำการแก้ไข ดังนี้ (เสร็จรวม 2 ชิ้น 12 Unit 43)

ลำดับที่	รายละเอียด / การบริการ	วิธีการแก้ไข

2 () เครื่องใช้งานได้ตามปกติ โดยได้ทำการเปลี่ยนชิ้นส่วน ดังต่อไปนี้

[illegible]

() เครื่องไม่สามารถใช้งานได้ () เครื่องสามารถใช้งานได้

3. (/) ต้องติดตามเปลี่ยนอะไหล่ * <บอกอวต>

ลำดับที่		รายละเอียด / การบริการ	อะไหล่		จำนวนเงินรวมภาษีมูลค่าเพิ่ม		
			รหัส	ชื่อ	จำนวน	ราคา@	จำนวนเงิน
1.	-	ดึง Hyperex	H-Is-FH-0001	UNIVERSAL VACUUM DECK PAPER			
2.	-	ดึง Saliya	H-Is-FH-0001	SALIVA EJECTOR PAPER on HP			
3.	-	ดึง 3-way	H-Is-FH-0001	3-WAY CARTON HEAD AMESBROUCE			

() ชื่อร้านค้าในสมุดราคา Question No. () Invoice No. () ใบจำนวนใบ No.

สำรวจความพึงพอใจลูกค้า				
ลำดับความสำคัญ / ระดับของความจำเป็น (4 พอใจมาก 3 พอใจ 2 พอใจ 1 ไม่พอใจ)	4	3	2	1
1. การให้บริการของพนักงานต้อนรับ	4	3	2	1
2. สามารถให้บริการด้านสุขภาพและนวดได้เป็นอย่างดี	4	3	2	1
3. มีบริการให้คำแนะนำการใช้อุปกรณ์ออกกำลังกาย	4	3	2	1
4. ลูกค้ามีความพึงพอใจในการใช้บริการผลิตภัณฑ์	4	3	2	1
5. ผลิตภัณฑ์มีความสะอาดในการใช้งาน	4	3	2	1
6. พนักงานให้บริการเป็นกันเอง (ระยะเวลาให้บริการที่รวดเร็ว)	4	3	2	1

- ผู้ดูแลได้พิจารณาข้อเสนองานดังกล่าวไว้แล้ว เห็นว่าประโยชน์และสามารถใช้งานได้ตามที่ผู้ดูแลได้พิจารณา
- ผู้ดูแลมีการประเมินค่าใช้จ่ายที่ทางหน่วยงานขอเสนอเรื่องดังกล่าว และในกรณีที่พิจารณาแล้วเห็นว่าสมควรดำเนินการในข้อเสนอดังกล่าวแล้ว ผู้ดูแลจะดำเนินการต่อไป

ชื่อ อ. วิชา รหัส 2201072
 เวลา 11 น. รวม ชั่วโมง

ผู้ตรวจสอบ _____ วันที่ _____
 ยื่นบัญชี _____ วันที่ _____

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น บาท

ลงชื่อ..... ผู้รับบริการ / अनुमति

ส่วนรับลูกค้า