จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบตรวจรับการจัดซื้อ/จัดจ้าง

วันที่ 7 กรกฎาคม 2565 เลขที่เอกสารวัสดุ SAP 5000185417

เลขที่ใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง SAP 3320009879

หน่วยงานผู้ตรวจรับ งานกายภาพ
ได้รับพัสดุ/งานจ้างจาก บจ.แอ็คเตออน (ประเทศไทย)
ตามใบส่งมอบงานหรือใบเสร็จรับเงิน/ใบส่งสินค้า/ใบแจ้งหนี้เลขที่ IN2207-00010 ลงวันที่ 7 กรกฎาคม 2565
ตามใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง ที่ อว 64 ลงวันที่ 13 มิถุนายน 2565 ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	หน่วยนับ	จำนวนหน่วย			เป็นเงิน
			ตามใบสั่งซื้อ/จ้าง	ตามใบส่งของ	ตามที่รับจริง	
1	ซ่อมเครื่องขูดหินปูน -332280002394 รพ.4/56 1.EQUIPPED SPACER	เครื่อง	1	1	1	1,000.00
	รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%					
รวมเป็นเงิน (หนึ่งพันบาทถ้วน)						1,000.00

คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ตามคำสั่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ 499/2563 สั่ง ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2563
ได้ดำเนินการตรวจพัสดุ/งานจ้าง ที่ผู้ขาย/ผู้รับจ้างส่งมอบแล้วผลปรากฏผล ดังนี้

☑ ผู้ขาย/ผู้รับจ้าง ได้ส่งมอบพัสดุ/งานจ้างถูกต้องครบถ้วนตามเงื่อนไขสัญญาและข้อตกลง

บัดนี้ผู้ขาย/ผู้รับจ้างได้ดำเนินการส่งมอบพัสดุ/งานจ้างครบถ้วนตามเงื่อนไขสัญญาและข้อตกลงเห็นสมควรเบิกเงินให้แก่ผู้ขาย/ผู้รับจ้างได้

นายคมสัน จันทิมากร ผู้ตรวจรับพัสดุ _____

น.ส.พจนกร พลอยงาม ผู้บันทึกข้อมูลหลังผ่านการตรวจรับ _____ ____/____/_____

หมายเหตุ : 6987/65,65-2-01328
คลินิกพิเศษ

เลขที่เอกสารวัสดุ SAP 5000185417 รวม 1 รายการ เป็นจำนวนเงิน 1,000.00 บาท

เลขที่ 6987/2565

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ใบขอซื้อ / จ้าง

25650520_6987/2565

รหัสกองทุน	2320047000	**กองทุน**	กองทุนทั่วไป
รหัสเขตตามหน้าที่	11613200700000	**กิจกรรม**	ก.สส.งานบริหารทั่วไป
รหัสศูนย์ต้นทุน	1324105000	**ศูนย์ต้นทุน**	งานกายภาพ
รหัสวิชา	( ) คลินิก ( ) ปฏิบัติการ ( ) บรรยาย	**วันที่**	20/05/2565

กฎ ระเบียบ ที่เกี่ยวข้อง (ระบุ ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศที่กำหนดเกณฑ์/อัตราเบิกจ่าย)

ลำดับที่	รายการ	หน่วยนับ	จำนวน	วงเงินที่ขอซื้อหรือจ้างสุทธิ	ส่วนพัสดุ			หมายเหตุ
					ราคาหรือค่าจ้างในท้องตลาดปัจจุบันต่อหน่วย	ราคาครั้งหลังสุดต่อหน่วย	กำหนดเวลาที่ต้องการใช้หรือแล้วเสร็จ	
1	ซ่อมเครื่องขูดหินปูน (ช.65-2-01328 คลินิกพิเศษ)	งาน	1	1,000.00				
			รวม	1,000.00				

นาย เกรียงไกร การสมวรรณ (88604)
เจ้าหน้าที่พัสดุภาควิชา/หน่วย
_____/_____/_____

นาย คมสัน จันทิมากร
หัวหน้าภาควิชา/หน่วย
_____/_____/_____

อ.ทพ.ดร. ณัฐวุฒิ คุตตะเทพ
รองคณบดีฝ่ายกายภาพ
_____/_____/_____

ผศ.ทพ.ดร. ดำรงค์ ดำรงค์ศรี
ประธาน กองทุนทั่วไป
_____/_____/_____

หัวหน้างานพัสดุ
_____/_____/_____

แบบฟอร์มขอรับบริการงานซ่อม
งานกายภาพ (ครุภัณฑ์)

เลขที่ใบขอรับบริการงานซ่อม : 65-2-01328
วันที่แจ้งซ่อม : 2022-05-20

ส่วนที่ 1 สำหรับผู้แจ้งซ่อม

ชื่อ / สกุล : นาง ปิยนันท์ ใบพิมเสน เบอร์โทร (ภายใน) : 88957 หน่วยงาน : 1325302000 : งานคลินิกบริการทันตกรรมพิเศษ

มีความประสงค์ : งานแก้ไข/ซ่อมแซม

ประเภทงาน : งานไฟฟ้า

อาการเสีย : น้ำไหลออกจากกระบอกใส่น้ำ และรั่วลงเครื่อง (ยูนิต 10)

รายการครุภัณฑ์

ลำดับ	รายการ	หมายเลขครุภัณฑ์	มาตรฐานและคุณลักษณะเฉพาะ	หมายเหตุ
1	เครื่องขูดหินปูน	332280002394รพ.04/56	ยี่ห้อ SATELEC รุ่น P5 Newtron	

ส่วนที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเรื่องการซ่อม

ช่างซ่อม : ว่าที่ร้อยตรี สมบูรณ์ แย่งคุณเชาว์

ประเมินงานซ่อม

ซ่อมได้

เบิกวัสดุ/เปลี่ยนอะไหล่

ขอจัดซื้ออุปกรณ์ภายนอก

ส่งซ่อมภายนอก

แทงชำรุด

กรณีแทงชำรุด

วันที่แทงชำรุด .....

ความเห็นความเห็น

ค่าซ่อมสูงไม่คุ้มทุนในการซ่อม

หมดอายุการใช้งาน

อะไหล่ตกรุ่นไม่สามารถซ่อมได้

.....

.....

รายละเอียดการแทงชำรุด .....

ควรวางแผนจัดซื้อ

ผู้แจ้งซ่อมรับทราบการปิดงาน	ลงชื่อ	ลงชื่อ
.....	.....	.....
(นาง ปิยนันท์ ใบพิมเสน)	ช่างซ่อม	หัวหน้างานกายภาพ
วันที่	วันที่	วันที่ .....

บริษัท แอ็คเตออน (ประเทศไทย) จำกัด

23/65 อาคารสรชัย ชั้น 18 ซ.สุขุมวิท 63 ถ. สุขุมวิท แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กทม. 10110
โทร. (66) 0 2 7143295 (Auto 5 Lines) โทรสาร (66) 0 2 7143296 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0105547025622

ใบเสนอราคา

เลขที่	QU2205-00080
วันที่	

เรียน คณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์

ชื่อบริษัท คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
34 ถ.อังรีดูนังต์
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 02-2188795 โทรสาร 02-2188795

ลำดับ	รหัสสินค้า	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย	ส่วนลด	จำนวนเงิน
1	901-008-66	EQUIPPED SPACER ข่อม Newtron P5 XS B.LED SN : 305774027/359686001	1	piece	1,000.00		1,000.00

หมายเหตุ

(หนึ่งพันบาทถ้วน)

ราคาดังกล่าวเป็นราคารวมภาษีมูลค่าเพิ่มแล้ว

กำหนดยืนราคา 60 วัน กำหนดส่งมอบ 60 วัน

บริษัทฯ ขอขอบพระคุณ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับการสั่งซื้อในเร็วๆนี้

รวมเงิน	1,000.00
จำนวนเงินก่อนภาษี	934.58
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%	65.42
จำนวนเงินทั้งสิ้น	1,000.00

ผู้อนุมัติซื้อ / ลูกค้า
วันที่ ___/___/_____

นาง ACTEON TH
พนักงานขาย
วันที่ ___/___/_____

(นายนูนิช สาตวนยุทธ)
กรรมการผู้จัดการ
วันที่

บริษัท แอ็คเตออน (ประเทศไทย) จำกัด
ACTEON (THAILAND) LTD

บริษัท แอ็คเตออน (ประเทศไทย) จำกัด (สำนักงานใหญ่)
23/65 อาคารสรชัย ชั้น 18 ซ.สุขุมวิท 63 ถ.สุขุมวิท
แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กทม. 10110
โทรศัพท์ (66) 2 7143295 (อัตโนมัติ 5 สาย)
โทรสาร (66) 2 7143296
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105547025622

ACTEON Thailand

ACTEON (THAILAND) LTD. (Head Office)
23/65 Sorachai Bldg. 18th Floor Soi Sukhumvit 63
Sukhumvit Rd., Klongton-Nua, Wattana, Bangkok 10110
Tel. (66) 2 7143295 (Auto 5 Lines)
Fax. (66) 2 7143296
TAX ID NO. 0105547025622

ใบกำกับภาษี/ใบส่งของ/ใบแจ้งหนี้

TAX INVOICE / DELIVERY ORDER / INVOICE

(ต้นฉบับ)

เอกสารออกเป็นชุด

เลขที่ NO.	IN2207-00010
วันที่ DATE	

รหัสลูกค้า UN0001
CUSTOMER CODE

ผู้ซื้อ SOLD TO
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
34 ถ.อังรีดูนังต์
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 02-2188795 โทรสาร 02-2188795
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000158831 สำนักงานใหญ่

สถานที่ส่ง DELIVERY TO
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
34 ถ.อังรีดูนังต์
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 02-218-8606-16 โทรสาร 02-2188795

เลขที่ใบสั่งของลูกค้า PURCHASE ORDER NO.	เลขที่ SALES ORDER	พนักงานขาย SALES PERSON	การขนส่ง DELIVERED BY	PRICE CODE	เงื่อนไขการชำระเงิน CREDIT TERM	วันครบกำหนด DUE DATE
อว64.8/2967		ACTEON TH	Delivery Boy		120 วัน	29/10/2022

ลำดับ ITEM	รหัสสินค้า PRODUCT CODE	รายการสินค้า DESCRIPTION	หน่วย UNIT	จำนวน QTY.	หน่วยละ PRICE/UNIT	ส่วนลด% DISCOUNT	จำนวนเงิน AMOUNT
1	901-008-66	~~ซ่อมเครื่องขูดหินปูน~~ - 332280002394 รพ.4/56 1.EQUIPPED SPACER	เครื่อง	1	1,000.00		1,000.00

(หนึ่งพันบาทถ้วน)

มีPO CQ.02-218-8638/8641, คลัง.02-218-8605

กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของชื่อ ที่อยู่ จำนวนสินค้าที่ได้รับภายใน 7 วัน
มิฉะนั้นจะถือว่าข้อมูลในเอกสารชุดนี้ครบถ้วนถูกต้อง

กรุณาสั่งจ่ายเช็คขีดคร่อมเฉพาะในนาม บริษัท แอ็คเตออน (ประเทศไทย) จำกัด

☐ เงินสด จำนวนเงิน..... ☐ โอนเงิน จำนวนเงิน.....ธนาคาร.....
☐ เช็ค เลขที่.....ธนาคาร..... สาขา.....วันที่.....จำนวนเงิน.....
ผู้รับเงิน..... วันที่.....

SUB TOTAL รวมราคาทั้งสิ้น	934.58
VAT จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม	65.42
GRAND TOTAL รวมเงินทั้งสิ้น	1,000.00

การชำระค่าสินค้าเป็นเช็คจะสมบูรณ์ ต่อเมื่อเรียกเก็บเงินตามเช็คได้เรียบร้อยแล้ว
(บริษัทคิดดอกเบี้ยร้อยละ 1.5 ต่อเดือนเมื่อเลยกำหนดชำระเงิน)

ลูกค้า (ส่งของ)

าพเจ้าได้ตรวจสอบสภาพและจำนวนสินค้าตามรายการถูกต้องครบถ้วนแล้ว
กรุณาเขียนตัวบรรจง)

ECEIVED BY : ปฏิมา DATE
รับของ_____ วันที่_____

ในนาม บริษัท แอ็คเตออน (ประเทศไทย) จำกัด
For ACTEON (THAILAND) LTD.

ผู้มีอำนาจลงนาม AUTHORIZED SIGNATURE

PREPARED BY : Wanida
ผู้เตรียมเอกสาร

ARRANGED BY : Chayanan
ผู้จัดสินค้า

DELIVERED BY :
ผู้ส่งของ