แบบตรวจสอบรายการเอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินค่าวัสดุ "กรณีใบสั่งซื้อ - ส่งมอบเป็นงวด"

เอกสาร "ใบสั่งซื้อ"

① ข้อมูลการสั่งซื้อ	- ระบุครั้งที่ / วันเดือนปีที่ออกใบสั่งซื้อ
② ข้อมูลรายการสั่งซื้อ	- ระบุจำนวนที่ซื้อ / จำนวนเงินรวม พร้อมจำนวนเงินเป็นตัวอักษร
③ ข้อมูลผู้ออกใบสั่งซื้อ	- ลงลายมือชื่อ
④ ข้อมูลผู้รับใบสั่งซื้อ	- ลงลายมือชื่อ / วันเดือนปีที่รับใบสั่งซื้อ / ระบุตำแหน่ง
⑤ ตราประทับของบริษัท/ห้าง/ร้าน (ถ้ามี)	- ตรายางที่ใช้ประทับเพื่อรับรองเอกสารสำคัญของบริษัท

เอกสาร "ใบส่งสินค้า/ใบแจ้งหนี้/ใบกำกับภาษี"

① เอกสารต้นฉบับ	- ข้อความระบุ "ต้นฉบับ"
② ข้อมูลผู้ขาย	- ชื่อบริษัท/ห้าง/ร้าน
	- ที่อยู่ / หมายเลขโทรศัพท์
	- เลขประจำตัวผู้เสียภาษี
③ ข้อมูลผู้ซื้อ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	15 ถ.กาญจนวณิชย์ ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000580860
④ ข้อมูลเลขที่ / วันที่เอกสาร	- ระบุเลขที่เอกสาร
	- ระบุวันที่เอกสาร (กรณีผู้ขายไม่ได้ระบุ ให้เว้นว่างไว้)
⑤ ข้อมูลเลขที่ใบสั่งซื้อ	- อ้างถึงเลขที่ใบสั่งซื้อ
⑥ ข้อมูลชื่อรายการ / ราคา / จำนวนของ / จำนวนเงินรวม	- ชื่อรายการตามที่ตกลงซื้อ
	- ราคาต่อหน่วยตามที่ตกลงซื้อ
	- จำนวนที่ส่งมอบตามที่ตกลงซื้อ
	- จำนวนเงินรวมตามที่ตกลงซื้อ พร้อมจำนวนเงินเป็นตัวอักษร
⑦ ข้อมูลผู้ส่งของ	- ลงลายมือชื่อ
⑧ ข้อมูลผู้ขาย / ผู้มีอำนาจ	- ลงลายมือชื่อ
⑨ ตราประทับของบริษัท/ห้าง/ร้าน (ถ้ามี)	- ตรายางที่ใช้ประทับเพื่อรับรองเอกสารสำคัญของบริษัท
⑩ ข้อมูลผู้รับสินค้า / วันที่รับสินค้า	- ลงลายมือชื่อ / วันเดือนปีที่รับสินค้า

เอกสาร "ใบตรวจรับพัสดุ"

① ข้อมูลรายการวัสดุ / จำนวนวัสดุ / จำนวนเงิน	- ชื่อรายการวัสดุตามที่ส่งมอบ
	- จำนวนวัสดุตามที่ส่งมอบ
	- จำนวนเงินรวมตามที่ส่งมอบ พร้อมจำนวนเงินเป็นตัวอักษร
② ข้อมูลเลขที่บิล	- เลขที่บิลตามใบส่งสินค้า/ใบแจ้งหนี้/ใบกำกับภาษี
③ ข้อมูลการตรวจรับพัสดุ / วันที่ตรวจรับพัสดุ	- ผู้ตรวจรับพัสดุ / คณะกรรมการตรวจรับพัสดุ ลงลายมือชื่อทุกคน
	- ระบุวันที่ตามที่ได้ตรวจรับพัสดุจริง
④ ข้อมูลชี้แจงสาเหตุการตรวจรับพัสดุล่าช้า	- ระบุสาเหตุตามข้อเท็จจริง
⑤ ข้อมูลผู้รับ	- ลงลายมือชื่อผู้รับพัสดุ
⑥ ข้อมูลผู้มีสิทธิ์เบิก	- หัวหน้าสาขาวิชา/หน่วยงาน ลงลายมือชื่อ

Sample document – Not to be distributed without permission. Sample document – Not to be distributed without permission. Sample document – Not to be distributed without permission.

แบบ จพ.12

คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ใบสั่งซื้อ วัสดุการแพทย์

ครั้งที่ 10/68 ①

วันที่ 5/8/68

ถึง ผู้จัดการ ร้าน ทอพพิเคิล เมด

อ้างถึง 1. สัญญาจะซื้อจะขายเลขที่ วร.2/68 ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2567 สิ้นสุดวันที่ 1 ตุลาคม 2568

2. มอ.104.0135161/68-019272

ที่	รายการ	หน่วยนับ	จำนวนที่ซื้อ	ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน
1.	หน้ากากสำหรับพ่นยา (aerosol mask) สำหรับเด็ก	อัน		45.00	
2.	หน้ากากสำหรับพ่นยา (aerosol mask) สำหรับผู้ใหญ่	อัน	200	60.00	12,000.00
	ผลิตภัณฑ์ Topical / ประเทศจีน				

② ③

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 12,000.00 บาท

กำหนดส่งของภายใน 7 วันทำการ นับถัดจากวันที่ได้รับใบสั่งซื้อ

สถานที่ส่งของ

ส่ง คลังรอตรวจรับพัสดุ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

Sample document – Not to be distributed without permission. Sample document – Not to be distributed without permission. Sample document – Not to be distributed without permission.

③ ..... ผู้สั่งซื้อ
แทน (นายสมยศ มุสิกรักษ์)
หัวหน้าฝ่ายพัสดุ
โทร.074 451161-4

หมายเหตุ โปรดลงชื่อผู้รับใบสั่งซื้อด้านล่างและส่งคืนคณะแพทยศาสตร์ เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการเบิกจ่ายเงิน พร้อมต้นฉบับใบส่งของ/ใบกำกับภาษี

④ (ลงชื่อ) ..... ผู้รับใบสั่งซื้อ ตำแหน่ง ผู้ทำบัญชี
วันที่ 5/8/68 เวลา .....

Sample document – Not to be distributed without permission. Sample document – Not to be distributed without permission. Sample document – Not to be distributed without permission.

Sample document – Not to be distributed without permission. Sample document – Not to be distributed without permission. Sample document – Not to be distributed without permission.

ทอพพิเคิล เมด
TOPICAL MED

26/9 ม.2 ตำบลหัวรอ อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 13000
Tel. 035-232204, 081-9844708, 086-1274470, Fax. 035-251921 e-mail : topicalmed@gmail.com
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3149900025133 (โดยคุณจินตนา บุญเรือง) สำนักงานใหญ่

(1) ต้นฉบับ ใบส่งสินค้า/ใบกำกับภาษี

(2)

ชื่อที่อยู่ลูกค้า : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
15 ถ.กาญจนวณิชย์ ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110
(3) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000580860 สำนักงานใหญ่

สถานที่ส่งสินค้า : แผนกคลังรอตรวจรับพัสดุ

เลขที่ : 680023 (4)
วันที่ : - 6 ส.ค. 2568
รหัสลูกค้า :

เงื่อนไขการชำระเงิน :
วันครบกำหนด :
อ้างถึง :
พนักงานขาย : 868

ลำดับ	รายการ (6)	จำนวน	ราคา/หน่วย	จำนวนเงิน
1	หน้ากากพ่นยา(aerosol mask)สำหรับผู้ใหญ่ (5) Po.104.0135161/68-019272 ลงวันที่ 1/10/67-1/10-68 10/68	200 อัน	60.00	12,000.00

4382/68

(หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน)

ราคาสินค้า/บริการ		11,214.95
ภาษีมูลค่าเพิ่ม	7%	785.05
จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น		12,000.00

ลงชื่อ..... (10) ผู้รับสินค้า
วันที่ 13/ส.ค./68

ลงชื่อ..... (7) ผู้ส่งสินค้า
วันที่ 13/8/68

ลงชื่อ..... (8) ผู้มีอำนาจอนุมัติ
วันที่ 6/8/68

ชำระโดย ☐ เงินสด ☐ เช็ค เลขที่..... ธนาคาร.....
☐ เงินโอน ลงวันที่..... จำนวนเงิน.....

.....ผู้รับเงิน

Sample document – Not to be distributed without permission. Sample document – Not to be distributed without permission. Sample document – Not to be distributed without permission.

Sample document – Not to be distributed without permission.
Sample document – Not to be distributed without permission.
Sample document – Not to be distributed without permission.

แบบ จพ.47 (พิมพ์ 13 ส.ค. 2568 11:08)

68-51416

ใบตรวจรับพัสดุ / ใบรับวัสดุ

วันที่ 15 ส.ค. 2568
เวลา เช้า / บ่าย

เขียนที่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ด้วยข้าพเจ้าได้ทำการตรวจรับ วัสดุการแพทย์ ตามรายการข้างล่างนี้

ไว้ให้แก่ภาควิชา/หน่วยงาน งานคลังพัสดุและขายวัสดุการแพทย์ ใบขอให้จัดหา มอ. 104.0135163/68-00016

ตามบันทึกขออนุมัติ มอ. 104.0135161/68-019272 บริษัท/ห้าง/ร้าน ทอพพิเคิล เมด ( )

ลำดับที่	รายการวัสดุ (1)	จำนวนวัสดุ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
1.022687	หน้ากากสำหรับพ่นยา (aerosol mask) (อัน) สำหรับผู้ใหญ่ ผลิตภัณฑ์ Topical / ประเทศจีน	200.00	12,000.00	Exp 2030-04 Lot 250801
รวม ==หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน==			(2) 12,000.00 บาท	

พัสดุตามรายการข้างบนนี้ ส่งตามใบแจ้งรับวัสดุ เลขที่ 4382/68 บิลเลขที่ 680023

1. ได้ตรวจรับ ณ ที่ คลังรอตรวจรับ
2. ได้ตรวจนับหรือทดลองสิ่งของถูกต้องครบถ้วนตามหลักฐานที่ตกลงกันไว้แล้ว
3. ได้เชิญผู้ชำนาญงานมาปรึกษาหารือด้วย คือ

กรรมการได้ตรวจเห็นเป็นการถูกต้องครบถ้วนแล้ว จึงได้เซ็นตรวจรับ

(ลงชื่อ)..... ประธานกรรมการตรวจรับ วันที่ 13 ส.ค. 68 ตรวจรับ
(อุษา เดชแดง)

(ลงชื่อ)..... กรรมการตรวจรับ (3) วันที่ 13 ส.ค. 68 ตรวจรับ
(พิมศ์ศา พูนศรีรัตน์)

(ลงชื่อ)..... กรรมการตรวจรับ วันที่ 13 ส.ค. 68 ตรวจรับ
(ปวริศา แก้วชื่น)

4. โปรดชี้แจงสาเหตุการตรวจรับล่าช้า ถ้าไม่ได้ตรวจรับภายใน 5 วันทำการ นับจากวันที่ได้รับแจ้ง

(4) .....

(.....(5)) ผู้รับ .....ผู้จ่าย

(.....(6)) หัวหน้าภาควิชา/หน่วยงาน (ผู้มีสิทธิ์เบิก) .....ผู้อนุญาต

.....ผู้ตรวจสอบ

Sample document – Not to be distributed without permission.
Sample document – Not to be distributed without permission.
Sample document – Not to be distributed without permission.