

ใบสั่งซื้อตัวอย่างควบคุมคุณภาพ
ฝ่ายปฏิบัติการด้านเชื้อถ่ายทอดทางการให้เลือด

ห้อง 804 ชั้น 8 อาคาร 10 สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข
88/7 ถ.วิวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 0-2951-0000 ต่อ 99194, 99256 โทรสาร 0-2951-1428

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อสถาบัน/โรงพยาบาล.....
ชื่อห้องปฏิบัติการ/หน่วยงาน.....
ที่อยู่ เลขที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร.....
บุคคลที่สามารถติดต่อได้.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail (ตัวบรรจง) :.....

2. ตัวอย่างควบคุมคุณภาพที่ต้องการสั่งซื้อ

	Product code	ราคา/กล่อง (บาท)	รุ่นการผลิต (ถ้ามี)	จำนวน (กล่อง)	ราคารวม (บาท)
<input type="checkbox"/>	EM 5	2,500.-			
<input type="checkbox"/>	EM 6	2,500.-			
<input type="checkbox"/>	PA 1	1,500.-			
<input type="checkbox"/>	RP 1	1,500.-			
<input type="checkbox"/>	RP 2	1,500.-			
<input type="checkbox"/>	RP 3	1,500.-			
<input type="checkbox"/>	RP 4	1,500.-			
<input type="checkbox"/>	อื่นๆ.....				
รวมทั้งสิ้น (บาท)					

3. วิธีการชำระเงิน

- เงินสด โดยนำเงินมาชำระ ณ ศูนย์รวมบริการ (One Stop Service) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตั้งแต่เวลา 9.00-15.00 น. ในวันที่มารับตัวอย่าง
- ชำระผ่านธนาคาร โดยการส่งแบบฟอร์มการสั่งซื้อมายังฝ่ายฯ เพื่อดำเนินการออกใบแจ้งการชำระเงินผ่านทางธนาคาร (Teller payment) สำหรับนำไปชำระเงินที่ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ได้ทุกสาขาทั่วประเทศ (มีค่าธรรมเนียม 25 บาทต่อรายการ และจะได้รับใบเสร็จจากทางธนาคารทันที)

4. วิธีการรับตัวอย่างควบคุมคุณภาพ

- จัดส่งตามที่อยู่ตามข้อ 1. มารับด้วยตนเอง (ระบุวันที่ต้องการมารับคือ.....)

5. รายละเอียดการออกใบเสร็จรับเงิน

- ตามที่อยู่ข้อ 1 ออกใบเสร็จรับเงินในนาม.....

6. ขั้นตอนการสั่งซื้อตัวอย่างควบคุมคุณภาพ

- กรอกรายละเอียดในใบสั่งซื้อแล้วโทรสารมาที่ฝ่ายฯ หมายเลข 0-2951-1428 หรืออีเมล tip.nih@gmail.com แล้วรอการติดต่อกลับจากเจ้าหน้าที่ เพื่อยืนยันเวลารับหรือจัดส่งตัวอย่าง
- ลูกค้าชำระเงินค่าตัวอย่างควบคุมคุณภาพ
- ลูกค้ามารับตัวอย่างควบคุมคุณภาพตามวันเวลานัด ที่งานรับตัวอย่าง ชั้น 1 อาคาร 1 (NIH) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรณีลูกค้าที่อยู่ต่างจังหวัด จะดำเนินการจัดส่งตัวอย่างควบคุมคุณภาพไปให้ตามที่อยู่ที่ให้ไว้ในข้อ 1

7. ข้อเสนอแนะ

.....
ลงชื่อ.....เขียนตัวบรรจง
วันที่...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายปฏิบัติการด้านเชื้อถ่ายทอดทางการให้เลือด

วันที่รับใบสั่งซื้อ...../...../.....
หมายเลขอ้างอิงทางการเงิน.....
วันที่แจ้งการชำระเงิน...../...../.....