

**แบบฟอร์มสั่งซื้อตัวอย่างควบคุมคุณภาพ**  
ฝ่ายปฏิบัติการด้านเชื้อถ่ายทอดทางการให้เลือด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข

**1. ข้อมูลทั่วไป**

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

**2. ตัวอย่างควบคุมคุณภาพที่ต้องการสั่งซื้อ**

Product code	ชุดตรวจที่จำเพาะ	ราคา/กล่อง (บาท)	จำนวน (กล่อง)
RP 1	Alere Determine HIV-1/2	2,000	
RP 2	SD Biotline HIV-1/2 3.0	2,000	
RP 3	Rapid Test for Antibody to Human Immunodeficiency Virus (HIV) (Colloidal Gold Device)	2,000	
RP 4	RETROSCREEN HIV 3.0	2,000	
RP 6	FIRST RESPONSE HIV CARD TEST 1-2.0	2,000	
RP 7	Wondfo Diagnostic Kit for HIV 1/2 Antibody (Colloidal Gold)	2,000	
RP 8	Biotline HIV-1/2	2,000	
RP 9	ONE STEP GHIV (1&2) TRI-LINE TEST	2,000	
RP 10	Diagnostic kit for HIV (1+2) Antibody (Colloidal Gold) V2	2,000	
PA 2	Serodia HIV-1/2 MIX	2,000	
EM 5	ARCHITECT system	3,000	
EM 6	Elecsys system	3,000	
EM 10	Alinity i system	3,000	
QC NAT	cobas MPX	500	
<b>ราคารวม (บาท)</b>			

**3. วิธีการชำระเงิน**

- เงินสด/เช็ค** เช็ค สั่งจ่ายในนาม “เงินบำรุงกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์”  
นำมาชำระ ณ ศูนย์รวมบริการ (One Stop Service) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ตั้งแต่เวลา 9.00-15.00 น. ในวันที่มารับตัวอย่าง
- ชำระผ่านธนาคาร**  
โดยส่ง แบบฟอร์มสั่งซื้อ นี้ มาถึง e-mail : ttp.nih@gmail.com และรอรับ **ใบแจ้งการชำระเงินผ่านทางธนาคาร (Teller payment)**  
สำหรับนำไปชำระเงินที่ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ได้ทุกสาขา ทั่วประเทศ (มีค่าธรรมเนียม 25 บาทต่อรายการ และจะได้รับใบเสร็จจากทางธนาคารทันที)

**4. วิธีการรับตัวอย่างควบคุมคุณภาพ**

- จัดส่งทางไปรษณีย์ EMS ตามที่อยู่ ข้อ 1.
- มารับด้วยตนเอง ณ อาคาร 10 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ผู้สั่งซื้อ ..... (ตัวบรรจง)  
วันที่ .....

สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายปฏิบัติการด้านเชื้อถ่ายทอดทางการให้เลือด

ผู้รับแบบฟอร์มสั่งซื้อ..... วันที่รับแบบฟอร์ม...../...../.....  
หมายเลขอ้างอิงทางการเงิน..... วันที่ชำระเงิน...../...../.....