



ประกาศโรงพยาบาลจัลย์ราษฎร์สังขลา
เรื่อง เปิดประมูลผู้ประกอบการร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาลจัลย์ราษฎร์สังขลา
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

ด้วยโรงพยาบาลจัลย์ราษฎร์สังขลา มีความประสงค์จะสรรหาผู้ประกอบการร้านค้าสวัสดิการของโรงพยาบาลจัลย์ราษฎร์สังขลา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ตามรายละเอียดแนบท้ายประกาศ ซึ่งผู้เข้าเสนอราคาจะต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

๑. เป็นสัญชาติไทย
๒. ไม่เป็นผู้มีผลประโยชน์ร่วมกับผู้เสนอราคารายอื่นที่เป็นผู้เสนอราคาแก่โรงพยาบาลจัลย์ราษฎร์สังขลา

๓. ไม่เป็นบุคลากรในโรงพยาบาลจัลย์ราษฎร์สังขลา

๔. ผู้ประสนค์ขอรับใบสมัครเพื่อเสนอราคาจำหน่ายสินค้าในร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาลจัลย์ราษฎร์สังขลา ในวันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๔ ณ งานพัสดุและบำรุงรักษา โรงพยาบาลจัลย์ราษฎร์สังขลา เลขที่ ๑๙๖ หมู่ที่ ๘ ตำบลเกาะแท้ว อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา และยื่นใบสมัครพร้อมประมูล ในวันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๔ เวลา ๐๙.๐๐ น. – ๑๐.๐๐ น. ห้องประชุม ๑ ชั้น ๓ อาคารอำนวยการ โรงพยาบาลจัลย์ราษฎร์สังขลา

๕. คณะกรรมการร้านค้าสวัสดิการ โรงพยาบาลจัลย์ราษฎร์สังขลา จะประกาศผลการคัดเลือกในวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๔ และทำสัญญาร่วมกันในวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๓ เวลา ๑๐.๐๐ น. ณ งานพัสดุและบำรุงรักษา โรงพยาบาลจัลย์ราษฎร์สังขลา

๖. เริ่มจำหน่ายสินค้าได้ตั้งแต่วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๔

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(นายธวัช ลาพินี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจัลย์ราษฎร์สังขลา

คุณสมบัติและเงื่อนไขของผู้ประกอบการ

ข้อ ๑. ผู้ประกอบการบุคคลธรรมด้าทั่วไป

ข้อ ๒. ผู้ประกอบการ ประกอบกิจการร้านอาหาร สวัสดิการ (ร้านกาแฟ) ขนาดเบเกอรี่ เพื่อเป็น
สวัสดิการข้าราชการและลูกจ้างของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา (ห้ามจำหน่ายสินค้าข้ากับร้านค้า
สวัสดิการโรงพยาบาลฯ)

ข้อ ๓. ผู้ประกอบการยอมรับที่จะจำหน่าย ข้าวแกง อาหารตามสั่ง ชา กาแฟ โดยเริ่มจำหน่ายตั้งแต่
เวลา ๐๖.๐๐ น. ถึงเวลา ๑๙.๐๐ น. ห้ามจำหน่าย บุหรี่ สุรา ของมีนена ทุกประเภท

ข้อ ๔. ผู้ประกอบการต้องนำเงินสด เป็นจำนวนเงิน ๕,๐๐๐ บาท (ห้าพันบาทถ้วน) มอบให้
โรงพยาบาลวันทำสัญญา หากผู้ประกอบการละเลยไม่ปฏิบัติตามสัญญาแล้ว ผู้อนุญาตสามารถริบเงิน
ประกันทั้งหมด หรือบางส่วนตามที่จะเห็นสมควร ถ้าเห็นผู้ประกอบการปฏิบัติถูกต้องตามสัญญาทุก
ประการผู้อนุญาตจะคืนเงินประกัน โดยไม่เสียดอกเบี้ยในเงินนั้นให้เมื่อครบกำหนดเวลาตามที่กำหนดไว้
ในสัญญา โดยนำไปเสริจรับเงินตัวจริงมารับเงินคืน

ข้อ ๕. ผู้ประกอบการตกลงที่จะจ่ายค่าบำรุงสถานที่ให้กับผู้อนุญาต เป็นเงินเดือนละ ๑,๒๐๐ บาท
(หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน) โดยชำระเงินรายในวันที่ทำการสุดท้ายของเดือน (อย่างช้าภายในวันที่ ๕ ของ
เดือนถัดไป และให้มาชำระที่ฝ่ายการเงินและบัญชี) หากชำระเงินล่าช้ากว่ากำหนด ผู้ประกอบการยินดี
เสียเบี้ยปรับในระยะเวลาที่เกิน ในอัตราวันละ ๕๐ บาท (นับเฉพาะวันทำการ)

ข้อ ๖. ผู้ประกอบการจะต้องจดหาอุปกรณ์ในการประกอบกิจการ และบริการอาหาร ตามมาตรฐาน
สุขาภิบาลอาหาร ที่ได้รับอนุญาตเองทั้งสิ้น พร้อมกันนั้นต้องรับผิดชอบทำความสะอาดพื้นที่ปูรุงจำหน่าย
อาหารรวมทั้งโต๊ะอาหารเอง

ข้อ ๗. การตกแต่ง ปรับปรุง ตัดแปลง แก้ไข สถานที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบการไม่ว่าจะดำเนินการ
ก่อนเข้าประกอบกิจการ หรือระหว่างอายุสัญญาประกอบกิจการ ผู้ประกอบการจะต้องเป็นผู้เสียค่าใช้จ่าย
เองทั้งสิ้น การตกแต่ง ปรับปรุงสถานที่จะต้องสวยงามและเป็นระเบียบ เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้
จะต้องเป็นของที่มีคุณภาพดีได้มาตรฐาน โดยยืนขออนุญาตรายละเอียดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้ผู้อนุญาต

พิจารณา ก่อนวันที่ผู้ประกอบการจะดำเนินการไม่น้อยกว่า ๑๐ วัน และต้องได้รับความเห็นชอบเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนจึงจะดำเนินการได้

บรรดาสิ่งก่อสร้างที่ต่อเติม ดัดแปลง ปรับปรุง ซ่อมแซม แก้ไขสถานที่ หรือการแต่งเติมสายไฟฟ้า ปลั๊กไฟฟ้า และสวิตช์ไฟฟ้า เมื่อสิ้นสุดสัญญา หรือมีการบอกรอเลิกสัญญานี้ให้ตกเป็นของผู้อนุญาต ซึ่งผู้ประกอบการจะเรียกร้องค่าตอบแทนใดๆ ไม่ได้

ข้อ ๘. สำหรับอาหาร เครื่องดื่ม ที่ผู้ประกอบการจัดทำหรือนำมำจำหน่ายจะต้องสะอาด ปราศจากเชื้อโรคและมีคุณภาพมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหาร และจะต้องติดป้ายแสดงรายการของอาหาร และราคาของเครื่องดื่มที่วางจำหน่ายให้เห็นได้โดยชัดเจน ผู้อนุญาตส่วนสิทธิ์ที่จะแจ้งให้ผู้ประกอบการเปลี่ยนแปลงปริมาณ และหัวใจค่าได้ และการพิจารณาของผู้อนุญาตถือเป็นข้อยุติ

ข้อ ๙. ผู้ประกอบการจำหน่ายอาหาร ต้องปฏิบัติตามกฎหมายที่ควบคุมการประกอบกิจการจำหน่ายอาหารรวมทั้งปฏิบัติให้ถูกต้องตามมาตรฐาน สำหรับจำหน่ายอาหารในโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

ข้อ ๑๐. หลังจากที่ผู้ประกอบการดำเนินกิจการแล้ว คณะกรรมการร้านค้าสวัสดิการจะประเมินทุก ๓ เดือน เมื่อสุ่มผลการประเมินแล้ว ผู้อนุญาตจะแจ้งให้ผู้ประกอบการทราบ หากมีกรณีเห็นว่าผู้ประกอบการควรปรับปรุงแก้ไข จะดำเนินการแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรและผู้ประกอบการจะต้องดำเนินการปรับปรุงภายในระยะเวลาที่กำหนด หากไม่ได้แก้ไขปรับปรุงผู้อนุญาตจะพิจารณาดำเนินการตามที่เห็นสมควรหรือบอกรอเลิกสัญญาโดยไม่ต้องรอให้ครบสัญญา

ข้อ ๑๑. ถ้าเกิดความเสียหายแก่ร่างกาย ชีวิตของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา หรือทรัพย์สินของทางโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา อันสืบเนื่องมาจากการประกอบกิจกรรมของผู้ประกอบการ ผู้ประกอบการยอมรับผิดชอบและชดใช้ค่าเสียหายแก่เจ้าหน้าที่ หรือทายาท หรือโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ทุกประการ หากผู้อนุญาตถูกบุคคลอื่นฟ้องร้องหรือเรียกค่าเสียหายใดๆ เนื่องจากการดำเนินการตามสัญญาของผู้ประกอบการ ผู้ประกอบการต้องยินยอมชดใช้แทนผู้อนุญาตทั้งสิ้น

ข้อ ๑๒. ผู้ประกอบการจะต้องควบคุมดูแลลูกจ้างหรือบุคคลที่ผู้ประกอบการได้แต่งตั้งมอบหมายจ้างงานหรือให้ให้ทำงานต่าง ๆ ในกิจการของผู้ประกอบการ ให้แต่งกายสะอาด สุภาพ มีกิริยามารยาทเรียบง่ายในขณะปฏิบัติหน้าที่ พร้อมมีใบรับรองการตรวจสภาพประจำปีของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ภายใน ๓๐ วัน หลังจากวันทำสัญญา (เพื่อป้องกันโรคที่ติดต่อโดยอาหาร และน้ำเป็นสืบ)

ข้อ ๑๓. ผู้อนุญาตส่วนสิทธิจะเพิ่มเติมจำนวนร้าน และผู้ดำเนินการได้ตามเห็นสมควร หันนี้ผู้ประกอบการจะเรียกว่าองค์ค่าเสียหาย หรือเปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์อื่นใดเพิ่มเติมมิได้

ข้อ ๑๔. ผู้ประกอบการจะหยุดประกอบกิจการชั่วคราวได้ก็ต่อเมื่อได้แจ้งและได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้อนุญาตก่อน และผู้ประกอบการต้องติดป้ายแจ้งวันเริ่มจำหน่ายให้ทราบ หากผู้ประกอบการหยุดประกอบกิจการมากกว่า ๓ วัน ภายใน ๑ เดือน โดยมิได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษร จะถือว่าผู้ประกอบการผิดสัญญา ผู้อนุญาตมีสิทธิยกเลิกสัญญาและริบเงินที่วางไว้ได้

ข้อ ๑๕. ผู้ประกอบการสัญญาว่าจะไม่นำพื้นที่ที่ได้รับอนุญาตประกอบกิจการไปให้ผู้อื่นเข้าหรือแบ่งเข้า หรือเอาสิทธิที่ได้รับโอนไปให้ผู้อื่นประกอบการแทน หรือยอมให้ผู้อื่นเข้าใช้ประโยชน์พื้นที่ทั้งหมดหรือบางส่วน เว้นแต่จะได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากผู้อนุญาต แต่หันนี้ผู้ประกอบการยังคงต้องรับผิดชอบต่อผู้อนุญาตในการกระทำการใดๆ ของผู้รับซ่อมสิทธิ

ข้อ ๑๖. ผู้อนุญาตโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการร้านค้าสวัสดิการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา สามารถยกเลิกสัญญาได้ทันที โดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าให้ผู้ประกอบการทราบ เมื่อผู้ประกอบการกระทำการใดๆ ที่อยู่ในกรอบนี้ได้รับโทษทางแพ่งตามกฎหมาย

๑๖.๑ ผู้ประกอบการจำหน่ายอาหาร เกินกว่าราคาที่กำหนด

๑๖.๒ ผู้ประกอบการประกอบอาหารนอกเหนือจากประเภทที่ได้รับอนุญาต

๑๖.๓ ผู้ประกอบการมีเจตนาหลอกลวงการปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดในสัญญา

๑๖.๔ ผู้ประกอบการได้รับคำแนะนำให้ปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับ ปริมาณ คุณภาพ และรสชาติอาหาร ตามแบบประเมินผลร้านค้าจำหน่ายอาหาร ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จากคณะกรรมการร้านค้าสวัสดิการเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว แต่ยังมาสามารถปรับปรุงให้ได้

ข้อ ๑๗. ผู้ประกอบการต้องรับผิดชอบจ่ายค่าไฟฟ้า ตามมาตราวัดที่ติดตั้งไว้แต่ละร้าน ในอัตราที่การไฟฟ้าภูมิภาคจังหวัดสงขลาเรียกเก็บจากโรงพยาบาลห้วยญา拉รักษ์สงขลา

ข้อ ๑๘. ผู้ประกอบการต้องรับผิดชอบจ่ายค่าน้ำประปา ตามมาตราวัดที่ติดตั้งไว้แต่ละร้าน ในอัตราที่สำนักงานการประปาจังหวัดสงขลา เรียกเก็บจากโรงพยาบาลห้วยญาลารักษ์สงขลา

ข้อ ๑๙. ห้าม (ประกอบการจำหน่าย ชา กาแฟ ให้กับผู้ป่วย รวมทั้งสิ่งที่ผิดกฎหมายเบียบของโรงพยาบาล)

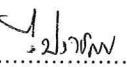
ข้อ ๒๐. ห้ามเข้าร้านให้ทำเป็นระยะเวลา ๒ ปี

ลงชื่อ  ประธานกรรมการ

(นายสุริยา สวัสดี)

ลงชื่อ  กรรมการ

(นางนุรินยา แหล่หมัด)

ลงชื่อ  กรรมการ

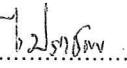
(นางมนฑาทิพย์ บุญมณี)

ลงชื่อ  กรรมการ

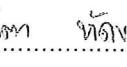
(นางสาวเนตรนภัส จันทร์ณรงค์)

ลงชื่อ  กรรมการ

(นางกมลรัตน์ มีสา)

ลงชื่อ  กรรมการ

(นางสาวลักษณ์ สุวรรณเจริญ)

ลงชื่อ  เลขานุการ

(นางสาววิกันต์ดา หัดยะเจ)

ร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
ใบสมัครเข้าพื้นที่เพื่อจำหน่ายอาหารในโรงพยาบาล

ชื่อผู้สมัคร นาย/นาง/น.ส.

อายุ _____ ปี บัตรประชาชนเลขที่ _____ บัตรประจำตัวผู้เสียภาษี (ถ้ามี) _____

ที่อยู่บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____ มีความประสงค์ขอยื่นประมูลเข้าพื้นที่เพื่อ

จำหน่ายอาหารในโรงพยาบาล โดยมีรายละเอียดประกอบการพิจารณา ดังนี้

๑. ขอเสนอราคาค่าเช่าครึ่งปี _____ บาท/เดือน (หันนี้อัตราค่าเช่าต้องไม่ต่ำกว่าอัตราที่กำหนดคือ ๑,๒๐๐ บาท/เดือน)
๒. พร้อมนำเสนอแบบหลักฐานมาเพื่อประกอบการสมัคร ดังนี้
 สำเนาทะเบียนบ้าน
 สำเนาบัตรประชาชน
 เมนูอาหาร รูป และราคายจริง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ถ้าข้าพเจ้าได้รับการพิจารณาให้เป็นผู้เข้าพื้นที่ ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบและข้อบังคับของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ทุกประการ

ลงชื่อ _____ ผู้ยื่นใบสมัคร

(.....)

วันที่ _____