

ตารางแสดงวงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรและราคากลาง(ราคาอ้างอิง)
ในการจัดซื้อจัดจ้างที่มีชิ้นงานก่อสร้าง

๑. ชื่อโครงการ จ้างเหมาบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ ๑๕ รายการ
จำนวน ๑ งาน

๒. หน่วยงานเจ้าของโครงการ โรงพยาบาลราชบุรี

๓. วงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรร เป็นเงิน ๑,๒๐๐,๑๘๐.๐๐ บาท (หนึ่งล้านสองแสนหนึ่งร้อยแปดสิบบาทถ้วน)

๔. วันที่กำหนดราคากลาง (ราคาอ้างอิง) ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗
เป็นเงิน ๑,๒๐๐,๑๘๐.๐๐ บาท (หนึ่งล้านสองแสนหนึ่งร้อยแปดสิบบาทถ้วน)

๕. แหล่งที่มาของราคากลาง (ราคาอ้างอิง)
โดยราคาที่ได้มาจากการสืบราคาจากท้องตลาด ดังนี้
- บริษัท พี ซี ที ลาบอราตอรี เซอร์วิส จำกัด
- คลินิกเทคนิคการแพทย์ ไบโอแลบ

๖. รายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้กำหนดราคากลาง (ราคาอ้างอิง) ทุกคน

๑. นางสาวสุธิดา	ศรีสารคาม	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	ประธานกรรมการ
๒. นางสาวณัชชญ์สรล	โรจน์พิพัฒน์กุล	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๓. นางสาวฝ้ายคำ	เครือวัลย์	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ

ลงชื่อ.....ประธานกรรมการ

(นางสาวสุธิดา ศรีสารคาม)

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

ลงชื่อ.....กรรมการ

(นางสาวณัชชญ์สรล โรจน์พิพัฒน์กุล)

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

ลงชื่อ.....กรรมการ

(นางสาวฝ้ายคำ เครือวัลย์)

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

รายการจ้างเหมาบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ 15 รายการ

ลำดับ	รายการ	หน่วยนับ	จำนวน	หน่วยละ	จำนวนเงิน
1	Acute leukemia panel	TEST	250	2,100.00	525,000.00
2	Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL)	TEST	15	2,100.00	31,500.00
3	Acute Myeloid Leukemia (AML)	TEST	15	2,100.00	31,500.00
4	Chronic Myeloid Leukemia (CML)	TEST	15	2,100.00	31,500.00
5	Lymphocyte markers	TEST	10	1,600.00	16,000.00
6	Chronic Lymphocytic leukemia (CLL)	TEST	15	2,100.00	31,500.00
7	B-cell Non-Hodgkin Lymphoma	TEST	100	2,700.00	270,000.00
8	T-cell Non-Hodgkin Lymphoma	TEST	15	2,700.00	40,500.00
9	Minimal Residual Disease (MRD) AML	TEST	20	2,050.00	41,000.00
10	Minimal Residual Disease (MRD) B-ALL	TEST	30	2,046.00	61,380.00
11	Minimal Residual Disease (MRD) T-ALL	TEST	20	2,050.00	41,000.00
12	Multiple Myeloma (MM)	TEST	10	2,100.00	21,000.00
13	Myelodysplastic Syndrome (MDS)	TEST	12	1,900.00	22,800.00
14	NK Cell Panel lymphoma	TEST	5	1,100.00	5,500.00
15	Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria (PNH)	TEST	20	1,500.00	30,000.00
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น					1,200,180.00

***หมายเหตุ จำนวนเป็นการประมาณการเท่านั้น สามารถเพิ่ม-ลด ตามผู้ใช้บริการ ภายในวงเงินที่ผู้รับจ้างเสนอราคา