

# ใบเสนอราคา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง เสนอราคาอาหารผู้ป่วย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลงาว

ข้าพเจ้า.....

เลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร. ....

ลำดับ	รายการ	จำนวน (มื้อ)	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
๑	อาหารผู้ป่วยสามัญ	๑๐,๒๒๐*			* ใช้จำนวนมื้อ จากการประมาณ การ ใน รายละเอียดคุณ ลักษณะเฉพาะ อาหารปรุงสำเร็จ สำหรับผู้ป่วย สามัญ และผู้ป่วย พิเศษ โรงพยาบาลงาว จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
๒	อาหารผู้ป่วยพิเศษ	๑,๔๖๐*			
รวมเป็นเงิน					

ตัวอักษร (.....)

กำหนดยื่นราคา.....วัน นับตั้งแต่วันเสนอราคา

กำหนดส่งมอบภายใน.....วัน

ลงชื่อ.....ผู้เสนอราคา  
(.....)