



ประกาศคณะกรรมการสวัสดิการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เรื่อง เปิดรับสมัครผู้ประกอบการร้าน ซัก อบ รีด ประจำหอพักคุ้มภัย จำนวน 1 ราย

ด้วย คณะกรรมการสวัสดิการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล มีความประสงค์เปิดรับสมัครคัดเลือกผู้ประกอบการร้าน ซัก อบ รีด ประจำหอพักคุ้มภัย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก จำนวน 1 ราย เพื่อบุคลากรประจำหอพักฯ จึงออกประกาศแจ้งรายละเอียด ดังนี้

1. บริเวณพื้นที่ให้เช่า ขนาดพื้นที่ 18.29 ตารางเมตร เพื่อประจำหอพักคุ้มภัย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

2. คุณสมบัติผู้ยื่นข้อเสนอ

1.1 ต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 25 ปีบริบูรณ์ โดยนับถึงวันที่ยื่นใบสมัครตามประกาศนี้

1.2 มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการในรูปแบบร้านค้าไม่น้อยกว่า 3 ปี

1.3 ต้องเป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง

1.4 ผู้สมัครจะต้องเป็นผู้ดำเนินการบริหารด้วยตนเอง

3. เงื่อนไขและรายละเอียดการให้เช่า

3.1 คณะกรรมการฯ ได้จัดเตรียมพื้นที่ให้ผู้ประกอบการ แต่มิได้จัดเตรียมงานระบบไฟฟ้า ผู้เช่าจะต้องดำเนินการจัดงานระบบไฟฟ้าด้วยค่าใช้จ่ายของผู้เช่าเอง

3.1.1 ค่าธรรมเนียมการจัดให้เช่าเท่ากับ 2 เท่า ของค่าเช่ารายเดือนต่อปี

3.1.2 ค่าหลักประกันสัญญาเช่าเท่ากับ 3 เท่า ของค่าเช่ารายเดือน

3.2 ผู้สมัครที่ได้รับการคัดเลือกแล้ว มีหน้าที่ต้องดำเนินการ ดังต่อไปนี้

ก.) ต้องเริ่มดำเนินการตามวันและเวลาที่แจ้งให้ทราบ ทั้งนี้ผู้เช่าที่ทำสัญญาเช่า ต้องเป็นผู้เช่ารายเดียวกับผู้ยื่นเอกสารขอเช่าและเสนอราคาเช่าเท่านั้น

ข.) ต้องรับผิดชอบค่าเช่า ค่าหลักประกันสัญญาเช่า ค่าภาษีโรงเรือนและที่ดิน ภาษีมูลค่าเพิ่ม และค่าธรรมเนียมการจดทะเบียนการเช่า ตลอดจนภาษีและค่าใช้จ่ายอื่นๆ (ถ้ามี)

ค.) ผู้เช่าต้องชำระค่ากระแสไฟฟ้าตามอัตราที่ได้ใช้ตามความเป็นจริง โดยให้คิดตามจำนวนหน่วยที่ใช้ในอัตราค่าไฟฟ้า หน่วยละ 6.50.- บาท (หกบาทห้าสิบบาท)

ง.) ต้องปฏิบัติตามกฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ และหลักเกณฑ์ต่างๆ รวมทั้งปฏิบัติตามเงื่อนไขในสัญญาเช่าสถานที่ในปัจจุบันและที่จะพึงมีในอนาคตทุกประการอย่างเคร่งครัด

จ.) ห้ามจำหน่าย อาหาร เครื่องดื่ม และสินค้าที่ผิดกฎหมายทุกประเภท สินค้าที่เกี่ยวข้องกับการพนัน สิ่งเสพติด เหล้า เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บุหรี่ และห้ามจำหน่ายหรือให้บริการอื่นใดนอกเหนือจากที่คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาเห็นชอบและอนุญาตแล้ว

ฉ.) ห้ามนำสถานที่เช่าทั้งหมดหรือบางส่วนไปใช้เพื่อประโยชน์อื่นใด ให้เช่าช่วงหรือโอนสิทธิการเช่าหรืออนุญาตให้บุคคลอื่นเข้าดำเนินการแทน นอกเหนือจากที่คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาเห็นชอบและอนุญาตแล้ว

ข.) ในกรณีผู้จำหน่ายสินค้าอัตโนมัติชำรุด และ/หรือ เกิดเหตุการณ์ที่ผู้หยุดเหรียญไม่สามารถให้บริการได้ ผู้เช่าจะต้องเข้ามาซ่อมแซม แก๊ซ หรือ นำเครื่องใหม่มาทดแทน ภายใน 24 ชั่วโมงนับจากได้รับแจ้งจากตัวแทนของผู้ให้เช่า

4. ระยะเวลาสัญญาเช่า

ระยะเวลา 3 ปี

5. ขั้นตอนการคัดเลือก

5.1 การรับเอกสาร

ผู้ที่สนใจสมัคร สามารถขอรับเอกสารข้อกำหนดการคัดเลือก และสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ สำนักงานผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ชั้น 4 งานบริหารทั่วไป (หน่วยสวัสดิการร้านค้าและร้านอาหาร) หมายเลขโทรศัพท์ 02 849-6600 ต่อ 4014 ตั้งแต่วันที่ 18 กันยายน จนถึง วันที่ 18 ตุลาคม 2566 ในวันและเวลาราชการ ระหว่างเวลา 08.30 – 15.30 น. (ปิดพักเที่ยงเวลา 12.00 – 13.00 น.)

5.2 การยื่นข้อเสนอ

กำหนดการยื่นข้อเสนอ ในวันที่ 18 กันยายน - วันที่ 18 ตุลาคม 2566 ณ สำนักงานผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ชั้น 4 งานบริหารทั่วไป (หน่วยสวัสดิการร้านค้าและร้านอาหาร) หมายเลขโทรศัพท์ 02 849-6600 ต่อ 4014 ในวันและเวลาราชการ ระหว่างเวลา 08.30 – 15.30 น. (ปิดพักเที่ยงเวลา 12.00 – 13.00 น.) หากพ้นกำหนดเวลานี้ จะไม่รับเอกสารข้อเสนอโดยเด็ดขาด

ผู้ยื่นข้อเสนอต้องจัดทำเอกสารข้อเสนอเป็นภาษาไทย โดยอาจใช้ภาษาอังกฤษร่วมด้วยในบางส่วนเท่าที่จำเป็น คือ

1 : ข้อเสนอด้านคุณสมบัติ

กรณีเป็นบุคคลธรรมดาหรือคณะบุคคลที่มีนิติบุคคล ให้ยื่นเอกสาร ดังนี้

1) สำเนาบัตรประชาชนของผู้นั้น พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

2) ข้อตกลงที่แสดงถึงการเข้าเป็นหุ้นส่วน (ถ้ามี) สำเนาบัตรประชาชนของผู้เป็นหุ้นส่วน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

3) ในกรณีที่ผู้สมัครเป็นผู้เสนอราคาาร่วมกันในฐานะผู้ร่วมค้า ให้ยื่นสำเนาสัญญาของการเข้าร่วมค้า สำเนาบัตรประชาชนของผู้ร่วมค้า และในกรณีที่ผู้เข้าร่วมค้าฝ่ายใดเป็นบุคคลธรรมดาที่มีสัญชาติไทย ก็ให้ยื่นสำเนาหนังสือเดินทาง หรือผู้ร่วมค้าฝ่ายใดเป็นนิติบุคคล

กรณีที่เป็นิติบุคคล ให้ยื่นเอกสารดังนี้

1) สำเนาหนังสือรับรองบริษัทพร้อมลงนามรับรองจากผู้มีอำนาจ

2) หนังสือมอบอำนาจ พร้อมติดอากรแสตมป์ 10 บาท ในกรณีที่ผู้ยื่นข้อเสนอมอบอำนาจให้จัดการแทนพร้อมสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

3) สำเนาใบทะเบียนพาณิชย์ (ถ้ามี) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้มีอำนาจกระทำแทนนิติบุคคล

บุคคล

4) สำเนาใบทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม (ถ้ามี) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้มีอำนาจกระทำแทนนิติบุคคล

นิติบุคคล

2 : ข้อเสนอด้านรายการ ราคาสินค้า และภาพถ่ายประกอบ

3 : ข้อเสนอด้านราคา ดังนี้

ผู้ยื่นข้อเสนอต้องจัดทำข้อเสนอด้านราคาค่าตอบแทนให้ถูกต้องครบถ้วน โดยเสนอต่อ คณะกรรมการคัดเลือกในวันพิจารณาคัดเลือก ซึ่งจะแจ้งให้ทราบในภายหลัง ลงรายละเอียดของผู้ยื่นข้อเสนอให้ชัดเจน จำนวนเงินที่เสนอเป็นเงินบาทและเสนอเพียงราคาเดียว จะต้องตรงกันทั้งตัวเลขและตัวอักษรโดยไม่มีการขูด ลบ ตก เต็ม แก้ไข เปลี่ยนแปลง ถ้าตัวเลขและตัวหนังสือไม่ตรงกันให้ถือตัวหนังสือเป็นตัวสำคัญประกอบด้วย

- 1) อัตราค่าเช่ารายเดือน
- 2) สิทธิประโยชน์ให้แก่บุคลากรศูนย์การแพทย์ฯ
- 3) เงินบริจาค (ถ้ามี)

6. หลักเกณฑ์การพิจารณาคัดเลือก

คณะกรรมการคัดเลือก จะทำการตรวจสอบคุณสมบัติของเข้าร่วมการคัดเลือกแต่ละราย และทำการเปิดซองข้อเสนอด้านรายการ ราคาสินค้า เฉพาะรายที่ผ่านเกณฑ์การพิจารณาด้านคุณสมบัติ และเอกสารครบถ้วนตามที่กำหนดเท่านั้น วิธีการพิจารณาคัดเลือกอาจกำหนดเพิ่มเติมภายหลัง ทั้งนี้ จะคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการเป็นสำคัญ

7. คณะกรรมการสวัสดิการสวัสดิการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก จะทรงไว้ซึ่งสิทธิที่จะเลือกผู้ดำเนินการจากผู้สมัครรายใดก็ได้ตามความเหมาะสม และผลพิจารณาตัดสินของคณะกรรมการฯ ถือเป็นที่สุด ผู้ยื่นรายหนึ่งรายใดจะนำไปฟ้องหรือเรียกร้องใดๆ มิได้

ประกาศ ณ วันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2566



(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ธีระ กลลดาเรืองไกร)

ประธานคณะกรรมการสวัสดิการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



ใบเสนอคำตอบแทน

เรื่อง ขอสมัครเข้ารับการคัดเลือกเพื่อเข้าพื้นที่ประกอบการร้านค้า

เรียน คณะกรรมการสวัสดิการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/บริษัท.....

บ้านเลขที่/สถานที่ตั้งบริษัท.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

โทร.....โดย.....ผู้ลงนามข้างท้ายนี้ได้พิจารณาเงื่อนไข

ต่างๆ ในเอกสารข้อกำหนดการคัดเลือกผู้ประกอบการร้าน ซัก อบ รีด และยอมรับข้อกำหนดและเงื่อนไขนั้นแล้ว
รวมทั้งรับรองข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนด

ข้าพเจ้าขอเสนอคำตอบแทนให้แก่ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล ดังนี้

1. อัตราค่าเช่า/เดือน บาท (ไม่รวมค่ากระแสไฟฟ้า).....บาท

2. เสนอการมอบสิทธิประโยชน์อื่นๆ นอกเหนือจากค่าเช่าให้แก่บุคลากรศูนย์การแพทย์ฯ ดังนี้

3. เงินบริจาค (ถ้ามี).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ถ้าข้าพเจ้าได้รับการพิจารณาให้เป็นผู้
เข้าพื้นที่ ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบและข้อบังคับ ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราช
พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงนาม.....ผู้ยื่น

(.....)

วันที่.....