



๓.๑๒ ผู้ยื่นข้อเสนอต้องไม่อยู่ในฐานะเป็นผู้ไม่แสดงบัญชีรายรับรายจ่ายหรือแสดงบัญชีรายรับรายจ่าย ไม่ถูกต้องครบถ้วนในสาระสำคัญ ตามที่คณะกรรมการ ป.ป.ช. กำหนด

๓.๑๓ ผู้ยื่นข้อเสนอซึ่งได้รับคัดเลือกเป็นคู่สัญญาต้องรับและจ่ายเงินผ่านบัญชีธนาคาร เว้นแต่การจ่ายเงินแต่ละครั้งซึ่งมีมูลค่าไม่เกินสามหมื่นบาทคู่สัญญาอาจจ่ายเป็นเงินสดก็ได้ตามที่คณะกรรมการ ป.ป.ช. กำหนด

#### ๔. แบบรูปรายการหรือคุณลักษณะเฉพาะ

##### ๔.๑ คุณลักษณะทั่วไป

๔.๑.๑ เป็นโคมไฟผ้าตัดหลอดแอลอีดี ชนิดแขวนเพดานแบบโคมคู่ สามารถปรับระดับทำต่าง ๆ ได้เป็นอิสระ

๔.๑.๒ โคมไฟแต่ละโคมให้แสงสว่างสูงสุดไม่น้อยกว่า ๑๖๐,๐๐๐ ลักซ์

๔.๑.๓ แหล่งกำเนิดแสงเป็นหลอดแอลอีดีที่ให้แสงสีขาวทุกหลอด สำหรับให้แสงสว่างในการ ผ่าตัด

๔.๑.๔ โคมไฟมีด้ามจับ Sterile Handle อยู่ตรงกลางโคมไฟเพื่อความสะดวกในการปรับตำแหน่งตาม ต้องการ

๔.๑.๕ ด้านหลังโคมไฟเรียบสนิทสะดวกต่อการทำความสะอาด ไม่มีช่องเปิด-ปิด ซึ่งเป็นแหล่งสะสมของฝุ่นละอองและเชื้อโรค

๔.๑.๖ เป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้รับมาตรฐาน Directive ๙๓/๔๒/EEC (Medical devices), IEC ๖๐๖๐๑-๒-๔๑ เป็นอย่างน้อย

##### ๔.๒ คุณลักษณะเฉพาะ

๔.๒.๑ เป็นโคมไฟผ้าตัดชนิดแขวนเพดานแบบโคมคู่ โดยใช้เทคโนโลยีหลอดแอลอีดีแบบ White LED ที่ให้แสงสีขาวทุกหลอด โดยไม่มีสีอื่นมาผสม

๔.๒.๒ โคมไฟแต่ละโคมสามารถวัดความเข้มแสงสูงสุดได้ไม่น้อยกว่า ๑๖๐,๐๐๐ ลักซ์ และใช้พลังงาน ไฟฟ้าไม่มากกว่า ๙๐ W

๔.๒.๓ มีชุดควบคุมการทำงานของโคมไฟที่แขนโคมและติดที่ผนังห้อง สามารถปรับระดับความ เข้มแสงได้อย่างน้อย ๕ ระดับ

๔.๒.๔ มีดัชนีการตอบสนองของสี (Color Rendering Index) Ra ไม่น้อยกว่า ๙๕ และมีอุณหภูมิ สีของแสง (Color Temperature) ที่ ๓,๕๐๐ K หรือ ๔,๓๐๐ K หรือ ๔,๔๐๐ K

๔.๒.๕ มีค่าความชัดลึกของแสง (Depth of the volume of light) ไม่น้อยกว่า ๙๕ เซนติเมตร

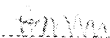
๔.๒.๖ มีระบบช่วยให้แสงสว่างคงที่เป็นแบบ Flux Stability Program หรือ Adaptive Light Control Plus หรือมีระบบ Wavelens technology

๔.๒.๗ มีค่าการกระจายพลังงานโดยเฉลี่ย (Irradiance) ไม่เกิน ๖๘๐ วัตต์/ตารางเมตร

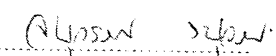
๔.๒.๘ การตั้งค่าต่างๆ ของโคมไฟทั้ง ๒ โคมให้เท่ากันโดยใช้ Synchronization หรือ iQ integration system

-๓-/๔.๒.๙ สามารถ...



๑. 

๒. 

๓. 

๔.๒.๙ สามารถปรับขนาดของลำแสงได้ที่ด้ามจับคอมไฟ ที่ชุดควบคุมที่แขนคอม หรือที่แผงควบคุมที่ผนังห้อง

๔.๒.๑๐ หลอดไฟมีอายุการใช้งานไม่น้อยกว่า ๕๐,๐๐๐ ชั่วโมง.

๔.๒.๑๑ มีด้ามจับสำหรับปรับย้ายตำแหน่งคอมไฟและปรับขนาดของลำแสงได้ จำนวน ๑ อันต่อชุด

๔.๒.๑๒ ใช้ไฟ ๒๒๐-๒๓๐ โวลท์ ความถี่ ๕๐/๖๐ Hz

๔.๓ อุปกรณ์ประกอบการใช้งาน

๔.๓.๑ ชุดสำรองไฟขนาด ๑ KVA จำนวน ๑ ชุด/ชุด

๔.๓.๒ คู่มือการใช้งานเป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ อย่างละ ๑ ชุด/ชุด

๕. การส่งมอบสิ่งของที่ซื้อขายและการรับประกันความชำรุดบกพร่อง

๕.๑ ผู้ขายต้องส่งสำเนาเอกสารหลักฐานแสดงเครื่องมือแพทย์ที่ซื้อขายได้รับการพิจารณาตามพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุขแล้วแต่กรณีที่ยังไม่หมดอายุ ได้แก่ ใบอนุญาตผลิตเครื่องมือแพทย์ ใบรับแจ้งรายการละเอียดผลิตเครื่องมือแพทย์ หรือใบอนุญาตนำเข้าเครื่องมือแพทย์ หนังสือรับรองประกอบการนำเข้าเครื่องมือแพทย์ ใบรับแจ้งรายการละเอียดนำเข้าเครื่องมือแพทย์ พร้อมทั้งรับรองสำเนาถูกต้อง มาพร้อมกับวันที่ส่งมอบสิ่งของให้กับคณะกรรมการตรวจรับพัสดุตรวจสอบด้วย

๕.๒ ผู้ขายต้องส่งมอบเครื่องต้องเป็นของแท้ ของใหม่ ไม่เคยใช้งานและสาธิตมาก่อน อยู่ในสภาพที่จะใช้งานได้ทันที

๕.๓ ผู้ขายต้องรับประกันความชำรุดบกพร่องของสิ่งของที่ซื้อขายที่เกิดขึ้นภายในระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๒ ปี นับถัดจากวันที่ผู้ซื้อรับมอบ โดยผู้ขายจะต้องบริหารจัดการซ่อมแซมให้ใช้งานได้ติดตั้งเดิมภายใน ๗ วัน นับถัดจากวันที่ได้รับแจ้งความชำรุดบกพร่อง

๕.๔ ผู้ขายต้องจัดเจ้าหน้าที่ มาสาธิตการใช้งานของเครื่องให้กับเจ้าหน้าที่ทางโรงพยาบาลให้สามารถใช้งานได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพ

๕.๕ ผู้ขายต้องส่งใบรับรองการ Calibrate ของเครื่องที่จัดซื้อมาพร้อมกับวันที่ส่งมอบเครื่องให้กับคณะกรรมการตรวจรับพัสดุตรวจสอบด้วย

๕.๖ ภายในระยะเวลารับประกันความชำรุดบกพร่อง กรณีเครื่องเกิดปัญหาและชำรุด ผู้ขายต้องจัดการซ่อมแซมให้ใช้งานได้ติดตั้งเดิม ถ้าหากผู้ขายซ่อมแซมเกินกว่า ๗ วัน นับถัดจากวันที่ได้รับแจ้งความชำรุดบกพร่อง ผู้ขายจะต้องนำเครื่องสำรองมาให้ใช้งานได้โดยต้องเป็นรุ่นเดิม ยี่ห้อเดิม หรือดีกว่าเดิม โดยไม่คิดมูลค่าใด ๆ ทั้งสิ้น

๕.๗ ภายในระยะเวลารับประกันความชำรุดบกพร่อง กรณีเครื่องเกิดการชำรุดเสียหายในอาการเต็ม มีผลกระทบต่อการใช้งานอย่างมากและผู้ขายได้ดำเนินการแก้ไขแล้วเกิน ๓ ครั้ง เครื่องยังไม่สามารถใช้งานได้เหมือนเดิม ผู้ขายจะต้องเปลี่ยนเครื่องให้ใหม่โดยไม่คิดมูลค่าใดๆ ทั้งสิ้น ภายในระยะเวลา ๖๐ วัน

สัญญาภาคนี้ลง

-๕-/๕.๘ ผู้ขาย...

๑. .... ๒. ....

.....  
.....  
.....



๑๐. สถานที่ติดต่อเพื่อขอรับทราบข้อมูลเพิ่มเติม หรือเสนอแนะวิจารณ์ หรือแสดงความคิดเห็นโดยเปิดเผยตัว

๑๐.๑ ทางไปรษณีย์


ส่งถึง โรงพยาบาลตากสิน (ฝ่ายพัสดุ)  
สำนักงานตั้งอยู่ที่ ๕๔๓ ถนนสมเด็จพระเจ้าอยุธยา แขวงคลองสาน  
เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร  
รหัสไปรษณีย์ ๑๐๖๐๐

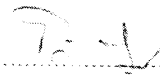
๑๐.๒ ทางเว็บไซต์ [www.taksinosp.go.th](http://www.taksinosp.go.th)

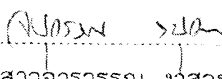
๑๐.๓ ทางเว็บไซต์ [www.msd.bangkok.go.th](http://www.msd.bangkok.go.th)

๑๐.๔ ทาง e-mail : [taksinp@taksinosp.go.th](mailto:taksinp@taksinosp.go.th)

คณะกรรมการกำหนดร่างขอบเขตของงาน

(ลงชื่อ)..... ..... ประธานกรรมการ  
(นางอัมพุด ทิศปราโมทย์กุล) นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

(ลงชื่อ)..... ..... กรรมการ  
(นางสาวโชติกา ศุภศิริ) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

(ลงชื่อ)..... ..... กรรมการ  
(นางสาวจรรวณ งามสุวรรณ) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางอัมพุด ทิศปราโมทย์กุล



นายอัมพุด ทิศปราโมทย์กุล  
แพทย์ชำนาญการพิเศษ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน