



ประกาศคณะกรรมการกองทุนสวัสดิการโรงพยาบาลหนองหาน
เรื่อง การรับสมัครคัดเลือกผู้ประกอบการร้านค้าร้านอาหารและเครื่องดื่มประจำกองทุนสวัสดิการ
โรงพยาบาลหนองหาน

ด้วยคณะกรรมการสวัสดิการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี มีความประสงค์จะดำเนินการคัดเลือกผู้ประกอบการร้านอาหารและเครื่องดื่ม เพื่อเป็นสวัสดิการสมาชิก ประจำร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาลหนองหาน เพื่อเข้ามาจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มให้แก่ข้าราชการ ลูกจ้าง ประชาชนผู้มาติดต่อและรับบริการโรงพยาบาลหนองหานราคาที่เป็นธรรมมีความสะอาดถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการสวัสดิการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโรงพยาบาลหนองหานจังหวัดอุดรธานี ว่าด้วยการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มในร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาลหนองหาน พ.ศ.๒๕๖๕ จำนวน ๑ ร้านค้า โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑.รายละเอียดพื้นที่ อัตราเช่า

๑.๑ พื้นที่ให้เช่าบริเวณอาคารอเนกประสงค์ โรงพยาบาลหนองหาน

๑.๒ มีระยะเวลาจำหน่ายอาหาร ๑ ปีนับจากวันทำสัญญา

อัตราค่าเช่าพื้นที่ จำนวนเงิน ๒,๕๐๐ บาทต่อเดือน ไม่รวมค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า (ค่าน้ำประปาหน่วยละ ๒๓ บาท ไฟฟ้าหน่วยละ ๕ บาท)

ประเภทร้านที่จำหน่ายอาหาร ร้านอาหารตามสั่ง

๒.คุณสมบัติของผู้คัดเลือก

๒.๑ เป็นบุคคลธรรมดา และมีอายุไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปีบริบูรณ์นับแต่วันยื่นใบเสนอราคาค่าบำรุงร้านค้าสวัสดิการ และเป็นผู้มีภูมิลำเนาหรือถิ่นที่อยู่เป็นหลักเป็นแหล่งแน่นอน

๒.๒ เป็นผู้มิอาชีพหรือมีประสบการณ์ ดำเนินการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มไม่น้อยกว่า ๑ ปี

๒.๓ เป็นผู้ดำเนินการจัดจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มด้วยตนเองตามที่ระบุในใบสมัครและสามารถรับผิดชอบจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มได้จนครบบันทึกข้อตกลง ในกรณีที่ได้รับอนุญาตให้เข้ามาจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม

๒.๔ ต้องเป็นผู้มีความพร้อมในการจำหน่ายอาหาร ได้แก่ มีบุคลากรและมีวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการจำหน่ายอาหาร

๒.๕ ต้องเป็นผู้มีความพร้อมในเรื่องการจ่ายค่าเช่ารายเดือน ค่าหลักประกันสัญญาให้กับโรงพยาบาลหนองหาน ตามกำหนด ณ วันที่ลงนามบันทึกข้อตกลง

๒.๖ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคที่สังคมรังเกียจ (ไวรัสตับอักเสบบี AB วัณโรค โรคผิวหนัง โรคที่เกี่ยวข้องกับมือและเล็บ มีสติสมประกอบ ร่างกายไม่ทุพพลภาพหรือหากเป็นผู้พิการหรือทุพพลภาพจะต้องมีร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม) โดยมีใบรับรองแพทย์ประกอบ

๒.๗ มีความประพฤติเรียบร้อย วาจาสุภาพ อัจฉริยะดี

๒.๘ ไม่เป็นบุคคลที่ดื่มสุรามึนเมาเป็นประจำ หรือเสพสิ่งเสพติดให้โทษ

๒.๙ ต้องแจ้งชื่อ สกุล ของผู้ประกอบการและผู้ช่วยผู้ประกอบการเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านทุกคน

๓. ข้อมูลทั่วไปร้านจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม

๓.๑ สถานที่ประกอบการและจำหน่ายสินค้าภายในกองทุนสวัสดิการ(ผู้จำหน่ายต้องรับภาระชำระค่าไฟฟ้าและค่าน้ำประปา)

๓.๒ อาหารต้องมีการจัดเตรียม ประชุม ถูกสุขอนามัย อยู่ภายใต้การควบคุมคุณภาพของกองทุนสวัสดิการโรงพยาบาลหนองหาน

๓.๓ ราคาจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม ต้องมีป้ายแสดงชัดเจน และเป็นราคาสวัสดิการ

๓.๔ ผู้ประกอบการและผู้ช่วยผู้ประกอบการอาหารและเครื่องดื่ม ต้องแต่งกายรัดกุม สะอาด และวจาสุภาพเรียบร้อย

๓.๖ ผู้ประกอบการต้องทำความสะอาดพื้นที่ในส่วนรับผิดชอบ บริเวณร้านจำหน่ายอาหารตลอดจนโต๊ะ เก้าอี้ และอุปกรณ์ของตนพื้นที่ที่เลิกงาน

๓.๗ ผู้ประกอบการต้องนำอุปกรณ์ในการประกอบอาหาร เช่น เต่า หม้อ กระทะ จาน ชาม ช้อน ฯลฯ มาเอง

๓.๘ เปิดบริการในวันราชการ/วันหยุด ตั้งแต่เวลา ๗.๐๐ -๒๐.๐๐ นาฬิกาหรือตามความพร้อมของทางร้านค้า

๔. หลักเกณฑ์และสิทธิในการพิจารณาเกณฑ์คัดเลือกผู้จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม

๔.๑ คณะกรรมการพิจารณาคัดเลือกผู้ประกอบการร้านจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม โดยพิจารณาคัดเลือกจากหลักเกณฑ์ ดังนี้

๔.๑.๑ การนำเสนอรสชาติอาหาร ปริมาณ ราคาขาย คุณภาพ ความสะอาด การแต่งกายตามตัวอย่างที่นำเสนอแก่คณะกรรมการฯ

๔.๑.๒ ประสบการณ์ ความรู้ คสามสามารถ ความชำนาญ ความน่าเชื่อถือ หากมีประสบการณ์หรือได้รับการรับรองจากหน่วยงานราชการ เอกชน จะได้พิจารณาเป็นพิเศษ เช่น (Clean food good taste)

๔.๒ เอกสารและหลักฐานที่จะต้องยื่นในวันรับสมัคร

๔.๒.๑ ใบสมัคร

๔.๒.๒ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป (รูปถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)

๔.๒.๓ สำเนาบัตรประชาชนผู้ยื่นใบเสนอสมัคร

๔.๒.๔ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ยื่นใบสมัคร

๔.๒.๕ สำเนาหนังสือรับรองคุณภาพ หรือเกียรติบัตร หรือรางวัลที่ได้รับรองว่ามีประสบการณ์ในการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม (ถ้ามี)

๔.๒.๖ ในกรณีที่มีมอบอำนาจ ต้องมีหนังสือมอบอำนาจให้ดำเนินการแทนด้วย และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

๔.๒.๗ หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น หลักฐานการผ่านหลักสูตรการสุขาภิบาลอาหารหรือหลักสูตรอื่นที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาหาร เป็นต้น

๕. กำหนดการรับสมัคร

ผู้ที่สนใจสามารถเข้าดูพื้นที่และติดต่อขอรับใบสมัครและยื่นใบสมัครด้วยตนเองหรือมีหนังสือมอบอำนาจให้กระทำการแทนได้ที่ กองทุนสวัสดิการโรงพยาบาลหนองหาน (กลุ่มงานบริหารทั่วไป) โรงพยาบาลหนองหาน ชั้น ๓ อาคารผู้ปวยนอกหลังเก่า ได้ตั้งแต่วันที่ ๑๔-๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๙ ในเวลาราชการ หรือสอบถามทางโทรศัพท์หมายเลข ๐ ๔๒๒ ๑๑๓๕-๖ ต่อ ๒๕๕ นางสาวนิตยา พลลาภ ๐๙๘-๑๘๔๕๗๔๙ และสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มใบสมัครได้ที่เว็บไซต์โรงพยาบาลหนองหาน <http://www.nonghanhospital.com>

๖. ประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือก

คณะกรรมการคัดเลือกผู้ประกอบการร้านอาหารและเครื่องดื่มประจำกองทุนสวัสดิการโรงพยาบาลหนองหาน จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิเข้ารับการคัดเลือกในวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๙ ทางเว็บไซต์โรงพยาบาลหนองหาน <http://www.nonghanhospital.com> หรือสอบถามโทรศัพท์หมายเลข ๐ ๔๒๒๖ ๑๑๓๕-๖ ต่อ ๒๕๕ นางสาวนิตยา พลลาภ ๐๙๘-๑๘๔๕๗๔๙

๗. การคัดเลือกและหลักเกณฑ์พิจารณา

คณะกรรมการสวัสดิการโรงพยาบาลหนองหาน จะทำการคัดเลือก โดยมีหลักเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

๗.๑ หลักเกณฑ์การพิจารณาร้านอาหารและเครื่องดื่ม

๗.๑.๑ พิจารณาจากคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ตามที่กำหนดไว้ตามข้อ ๒ ข้อ ๓.๒ และข้อ ๔ ประสพการณ์ในการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม ประกาศนียบัตรหรือการรับรองคุณภาพอาหารจากองค์กรใด องค์กรหนึ่ง

๗.๑.๒ พิจารณาจากความหลากหลายของรายการอาหารและเครื่องดื่ม ราคาต่อหน่วย คุณภาพรสชาติ โดยให้ผู้เสนอราคานำอาหารปรุงสุกอย่างน้อย ๒ รายการ เพื่อคณะกรรมการทดสอบรสชาติ

การตัดสินและการทำข้อตกลงการพิจารณาคณะกรรมการสวัสดิการฯ ถือเป็นเด็ดขาด คณะอนุกรรมการสวัสดิการฯ ขอสงวนสิทธิ์ในผลการพิจารณาและจะนำไปเป็นเหตุฟ้องร้องหรืออุทธรณ์ใดๆ ไม่ได้ ทั้งสิ้น

๘. ประกาศรายชื่อผู้ได้รับคัดเลือก

คณะอนุกรรมการกองทุนสวัสดิการฯ จะประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกตามลำดับจากที่คะแนนที่ได้ของแต่ละประเภทในวันที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๙ ทางเว็บไซต์โรงพยาบาลหนองหาน <http://www.nonghanhospital.com> หรือสอบถามโทรศัพท์หมายเลข ๐ ๔๒๒๖ ๑๑๓๕-๖ ต่อ ๒๕๕ นางสาวนิตยา พลลาภ ๐๙๘-๑๘๔๕๗๔๙

๙. การทำสัญญาและข้อตกลง

๙.๑ ผู้ได้รับการคัดเลือกจะต้องมาทำบันทึกข้อตกลงตามที่คณะอนุกรรมการสวัสดิการฯ กำหนด ภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ได้รับการแจ้ง หากผู้ได้รับการคัดเลือกไม่มาทำบันทึกข้อตกลงภายในระยะเวลาที่กำหนด จะถือว่าสละสิทธิ์และคณะอนุกรรมการสวัสดิการฯ จะมีสิทธิพิจารณาคัดเลือกผู้ผ่านการคัดเลือกรายถัดไปได้ หรือขอยกเลิกและดำเนินการคัดเลือกผู้ประกอบการใหม่ก็ได้ โดยผู้ผ่านการคัดเลือกรายที่ถูกตัดสิทธิ์จะเรียกร้องค่าเสียหายใดๆไม่ได้

๙.๒ คณะอนุกรรมการสวัสดิการฯ จะทำบันทึกข้อตกลงอนุญาตให้ผู้ผ่านการคัดเลือกเป็นผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม มีกำหนด ๑ ปี ตั้งแต่วันที่ถัดจากวันลงนามในบันทึกข้อตกลงเป็นต้นไป รวม ๓๖๕ วันและสงวนสิทธิ์ที่จะบอกเลิกบันทึกข้อตกลงเมื่อใดก็ได้ หากผู้ที่ได้รับอนุญาตปฏิบัติผิดข้อตกลงหรือไม่ปฏิบัติตามระเบียบ และข้อกำหนดของคณะอนุกรรมการสวัสดิการฯ ผู้ที่ได้รับอนุญาตจะต้องเลิกประกอบกิจการตามวันและเวลาที่กำหนดในทันที โดยจะเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ ไม่ได้ทั้งสิ้นและหากผู้ที่ได้รับอนุญาตประสงค์จะเลิกประกอบกิจการจะต้องแจ้งการบอกเลิกข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษรให้คณะอนุกรรมการสวัสดิการฯ ได้ทราบล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า ๓๐ วัน

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นางหทัย ธาตุท่าเล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหาน

ประธานอนุกรรมการสวัสดิการ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโรงพยาบาลหนองหาน

ใบสมัครเข้าเป็นผู้ประกอบการร้านจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม
โรงพยาบาลรอนงคประสงค โรงพยาบาลหนองหาน

- 1.) ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส.....อายุ ปี
เกิดวันที่ เดือน พ.ศ..... เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ เลขประจำตัวผู้เสียภาษี(ถ้า
มี).....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ หมู่ ถนน ตำบล
อำเภอ..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ ถนน ตำบล
อำเภอ..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์.....
มีความประสงค์ขอเข้ารับคัดเลือกเข้าพื้นที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม โดยมีรายละเอียด
ประกอบการพิจารณา ดังนี้

2.) รายละเอียดสินค้าและบริการ พร้อมทั้งราคา ดังนี้(สามารถแนบเอกสารเพิ่มเติม)

- ร้านข้าวราดแกง (จำหน่ายข้าวสวย ราดกับข้าวชนิดต่างๆ) ราคา.....บาท/จาน/ถ้วย/กล่อง
 ร้านก๋วยเตี๋ยว ราคา.....บาท/จาน/ถ้วย/กล่อง
 ร้านอาหารตามสั่ง (จำหน่ายอาหารตามสั่งทั่วไป) ราคาบาท/จาน/ถ้วย/กล่อง
 ร้านของหวาน- ผลไม้ ราคาบาท/แพ็ค/ถ้วย
 ร้านอาหารอีสาน (จำหน่ายข้าวเหนียว ส้มตำ ไก่ย่าง ลาบ น้ำตก ต้ม ฯลฯ)
 ร้านน้ำและเครื่องดื่ม ราคาบาท/แก้ว/ขวด

3.) พร้อมนี้ได้แนบหลักฐานมาเพื่อประกอบการสมัคร ดังนี้

- รูปถ่ายขนาด 1 นิ้ว จำนวน ๑ รูป (รูปถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน)
 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ยื่นใบสมัคร
 สำเนาทะเบียนบ้านผู้ยื่นใบสมัคร
 สำเนาหนังสือรับรองคุณภาพ หรือเกียรติบัตร หรือรางวัลที่ได้รับรองว่ามีประสบการณ์ในการ

จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม (ถ้ามี)

หนังสือมอบอำนาจให้ดำเนินการแทนด้วย และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบอำนาจ
และผู้รับมอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

หลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี) เช่น หลักฐานการผ่านหลักสูตรการสุขาภิบาลอาหารหรือหลักสูตรอื่นที่
เกี่ยวข้องกับการประกอบอาหาร เป็นต้น

4.) ประสบการณ์ในการประกอบกิจการ

- ไม่มี
 มี (ถ้ามีขอให้กรอกรายละเอียดข้อ 4.1 - 4.2)

4.1 สถานที่ประกอบการ

4.2 ประเภทอาหารระยะเวลาเดือน/ปี

จำนวนลูกจ้างคน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ถ้าข้าพเจ้าได้รับการพิจารณา
คัดเลือกเข้าประกอบการร้านค้าจำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่ม ข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามระเบียบและข้อบังคับ
ของโรงพยาบาลหนองหาน ทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่

ส่วนนี้สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้ตรวจสอบรายละเอียดเกี่ยวกับใบสมัคร คุณสมบัติ และหลักฐานประกอบการสมัครแล้วเห็นว่า
ถูกต้อง

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่

รายละเอียดแนบท้ายใบสมัครคัดเลือกผู้ประกอบการร้านจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม

ณ อาคารอเนกประสงค์ โรงพยาบาลหนองหาน

ชื่อผู้สมัคร.....โทรศัพท์.....วันที่.....

อาคารอเนกประสงค์

อาหาร ประเภท

เครื่องดื่ม ประเภท

ลำดับ	รายการอาหารหรือเครื่องดื่ม	ราคา (บาท)	หมายเหตุ
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

ลงชื่อ

ผู้สมัคร

(.....)

วันที่