



ประกาศโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
เรื่อง รับสมัครผู้ประกอบการร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ด้วยโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีมีความประสงค์รับสมัครคัดเลือกผู้ประกอบการร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ดังนี้

ประเภทร้านอาหาร

- | | |
|--|--------------|
| ๑. ร้านอาหารประเภทเส้น | จำนวน ๑ ร้าน |
| ๒. ร้านอาหารประเภทร้านอาหารอีสาน | จำนวน ๑ ร้าน |
| ๓. ร้านอาหารประเภทร้านข้าวมันไก่/ข้าวขาหมู | จำนวน ๑ ร้าน |
| ๔. ร้านอาหารประเภทข้าวแกง/อาหารตามสั่ง | จำนวน ๑ ร้าน |

ประเภทร้านเครื่องดื่มและเบเกอรี่

- | | |
|---|--------------|
| ๑. บริเวณโรงอาหารโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี | จำนวน ๑ ร้าน |
|---|--------------|

๑. ผู้สมัครต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

๑.๑ ไม่เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้าง (รายคาบ) ของโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

๑.๒ มีประสบการณ์ในด้านการประกอบอาหารและกิจการร้านค้าร้านอาหาร

๑.๓ เป็นบุคคลธรรมดาที่บรรลุนิติภาวะ

๑.๔ มีความสามารถในการประกอบ/ปรุงอาหาร

๑.๕ ไม่เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรง ไม่เป็นผู้ไร้ความสามารถหรือมีจิตฟั่นเฟือน

๑.๖ ต้องไม่เคยถูกลงโทษจากหน่วยงานต่างๆ

๑.๗ ต้องมีผลตรวจสุขภาพเป็นปกติ เช่น เอ็กเรย์ปอด ตรวจอุจจาระ (Stool exam, stool culture) โรคตับอักเสบชนิดเอ และโรคผิวหนัง

๒. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ให้ผู้ประสงค์จะสมัคร ขอยื่นใบสมัครด้วยตนเองได้ที่ งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานการเงิน บัญชี และพัสดุ ภารกิจด้านอำนวยการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ถนนคลังอาวุธ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี **ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ถึงวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๖๗** (ในวันและเวลาราชการ) ภาคเช้า เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ภาคบ่ายเวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. โทรศัพท์ ๐-๔๕๓๑-๙๖๕๐ ต่อ ๗๖๒๑ โทรสาร ๐-๔๕๓๑-๙๖๗๑ ผู้ที่สนใจสามารถดาวน์โหลดใบสมัครได้ ทางเว็บไซต์ <http://www.uboncancer.go.th> หรือทาง <https://www.facebook.com/uboncancerhospital>

๓. เอกสารและหลักฐานที่ต้องนำมายื่นประกอบสมัคร

๔.๑ รูปถ่ายหน้าตรงไม่สวมหมวกและแว่นตาดำ ขนาด ๓ x ๔ เซนติเมตร หรือขนาด ๑ นิ้ว ถ่ายครั้งเดียวกันไม่เกิน ๑ ปี (นับถึงวันปีรับสมัคร) จำนวน ๓ รูป (ให้เขียนชื่อ - สกุล หลังรูปถ่าย)

๔.๒ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ๑ ฉบับ

๔.๓ สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ

๔.๔ ใบรับรองแพทย์ ผลตรวจสุขภาพเป็นปกติ เช่น เอ็กเรย์ปอด ตรวจอุจจาระ (Stool exam, stool culture) โรคตับอักเสบชนิดเอ, ชนิดบี และโรคผิวหนัง

๔.๕ รายการสินค้าที่จำหน่าย

***เอกสารทุกแผ่นผู้ประกอบการต้องรับรองสำเนาถูกต้องด้วย

๔. วิธีการคัดเลือก

๑. คัดเลือกโดยวิธีการประมูล

๕. ประกาศรายชื่อผู้ที่ยื่นสมัครคัดเลือก

วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๗ ณ บอร์ดประชาสัมพันธ์ ทางเว็บไซต์ <http://www.uboncancer.go.th>
<https://www.facebook.com/uboncancerhospital>

๖. กำหนดวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินการคัดเลือก

วันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ ในเวลา ๑๐.๐๐ น. ณ ห้องประชุมชั้น ๗/๑ อาคารอำนวยการผู้ป่วยนอก และรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยคณะกรรมการฯ จะดำเนินการคัดเลือก (โดยวิธีการประมูล)

๗. ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกผู้ประกอบการร้านค้าจำหน่ายอาหารและร้านค้ามินิมาร์ท

วันที่ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๗ ณ บอร์ดประชาสัมพันธ์ ทางเว็บไซต์ <http://www.uboncancer.go.th>
<https://www.facebook.com/uboncancerhospital>

๘. การดำเนินการหลังจากการผ่านการคัดเลือก

ทำบันทึกข้อตกลงในการประกอบการร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี กับโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีและจ่ายค่าหลักประกันความเสียหาย ในวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๗ ในเวลา ๑๐.๐๐ น. ณ ห้องประชุมชั้น ๗/๑ อาคารอำนวยการผู้ป่วยนอกและรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

๙. โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีทรงไว้ซึ่งสิทธิที่จะคัดเลือกผู้ประกอบการ โดยผลการพิจารณาตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ ๒๗ เดือน กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(นางชุตีวรรณ วิวัฒนาสิทธิพงศ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

เอกสารแนบท้ายประกาศโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
การรับสมัครผู้ประกอบการร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ข้อกำหนดในการคัดเลือกร้านค้าสวัสดิการการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

- ๑.๑ ประเภทร้านอาหาร กำหนดราคาขั้นต่ำในการประมูล ในราคา ๕,๐๐๐.- บาท (ห้าพันบาทถ้วน) โดยผู้ประมูลสามารถเสนอราคาเพิ่มได้ครั้งละ ๕๐๐.- บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)
- ๑.๒ ประเภทร้านเครื่องดื่มและเบเกอรี่ กำหนดราคาขั้นต่ำในการประมูล ในราคาเริ่มต้นที่ ๔,๕๐๐.- บาท (สี่พันห้าร้อยบาทถ้วน) โดยผู้ประมูลสามารถเสนอราคาเพิ่มได้ครั้งละ ๕๐๐.- บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)
- ๑.๓. เมื่อการประมูลเสร็จสิ้น ผู้ที่ประมูลได้จะต้องวางเงินประกันสัญญาเป็นเงินสด ๕๐ % ของราคาที่ได้ทันที
- ๑.๔ การทำบันทึกข้อตกลง ในวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๗ ในเวลา ๑๐.๐๐ น. ณ ห้องประชุมชั้น ๗/๑ อาคารอำนวยการผู้ป่วยนอกและรังสีวินิจฉัย โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยให้ทำบันทึกข้อตกลงระหว่างผู้ประกอบการร้านค้ากับโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เป็นระยะเวลา ๑ ปี และวางเงินค้ำประกันสัญญาเท่ากับราคาที่ได้

ใบสมัครเพื่อคัดเลือกผู้ประกอบการร้านค้าสวัสดิการ
โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

รูปถ่าย
ขนาด
๑ นิ้ว

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

มีความประสงค์สมัครเพื่อคัดเลือกเป็นผู้ประกอบการร้านอาหารสวัสดิการ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

ประเภทร้านอาหาร

- ร้านอาหารประเภทเส้น
 ร้านอาหารประเภทร้านอาหารอีสาน
 ร้านอาหารประเภทร้านข้าวมันไก่/ข้าวขาหมู
 ร้านอาหารประเภทข้าวแกง/อาหารตามสั่ง

ประเภทร้านเครื่องดื่มและเบเกอรี่

- บริเวณโรงอาหารโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี

โดยข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามในรายละเอียดประกาศรับสมัครของประกาศโรงพยาบาลมะเร็ง
อุบลราชธานี เรื่อง รับสมัครผู้ประกอบการร้านค้าจำหน่ายอาหารและร้านค้ามินิมาร์ทฉบับ ลงวันที่
..... อย่าเคร่งครัดทุกประการ

ขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และยอมรับปฏิบัติตามเงื่อนไขอย่างเคร่งครัด

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้สมัครต้องขอยื่นใบสมัครด้วยตนเอง

เอกสารที่ต้องยื่นพร้อมใบสมัคร

- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
 สำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
 ใบรับรองแพทย์
 รายการอาหารที่จำหน่าย (ประเภทร้านอาหาร)
 รายการสินค้าที่จะจำหน่าย พร้อมรูปแบบการจัดร้านค้ามินิมาร์ท