

# ใบเสนอราคา

วันที่ .....

ข้าพเจ้า ..... ผู้แทน.....  
หมายเลขบัตรประจำตัวผู้เสียภาษี ..... ที่อยู่.....  
..... หมายเลขโทรศัพท์ .....  
แฟกซ์ ..... ทะเบียนการค้าเลขที่.....  
มีความยินดีใคร่ขอเรียนเสนอราคาสินค้าแก่ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระรัตนราชสุทิดาฯ สยามบรมราชกุมารี  
มีรายละเอียดดังนี้

ลำดับ	ชื่อรายการ	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (.....)					บาท

ราคาสินค้าตามรายการด้านบนนี้ขอยืนยันราคาภายใน ..... วัน นับจากวันที่ในใบเสนอราคานี้  
กำหนดส่งของภายใน ..... วัน นับจากวันที่ได้รับใบสั่งซื้อ/ใบสั่งจ้าง

ลงชื่อ .....  
ผู้สืบราคา

ลงชื่อ .....  
ผู้เสนอราคา

