เลขที่รับ .....
(เจ้าหน้าที่เป็นผู้กรอก)

ติดรูปถ่าย
ขนาด ๑.๕ หรือ ๒ นิ้ว
(เฉพาะบุคคลธรรมดา)

ใบสมัคร

เข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้ประกอบกิจการร้านเสริมสวย นวด และสปา ภายในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

เขียนที่ .....
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

เรียน ประธานคณะอนุกรรมการสวัสดิการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ข้าพเจ้าขอสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้ประกอบกิจการร้านเสริมสวย นวด และสปา ณ อาคาร วิชิต ชั้น ๑ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยขอแจ้งรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ประเภทผู้สมัคร

☐ บุคคลธรรมดา

☐ นิติบุคคล ประเภท

☐ ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล ☐ ห้างหุ้นส่วนจำกัด

☐ บริษัทจำกัด ☐ บริษัทมหาชนจำกัด

ยื่นใบสมัครโดย ☐ ผู้สมัคร / ผู้มีอำนาจลงนามด้วยตนเอง ☐ ผู้รับมอบอำนาจ
(แนบหนังสือมอบอำนาจ)

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลผู้สมัคร กรณีบุคคลธรรมดา

๑. ชื่อ-สกุล (☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว) .....
๒. เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ..... อายุ ..... ปี
๓. สัญชาติ เลขประจำตัวประชาชน .....
วันออกบัตร ..... วันบัตรหมดอายุ .....
๔. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ ..... หมู่ที่ ถนน/ซอย .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
รหัสไปรษณีย์ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ตามทะเบียนบ้าน ☐ อื่น (ระบุ) .....
.....
๕. โทรศัพท์มือถือ ..... อีเมล .....
๖. อาชีพปัจจุบัน .....
๗. ทะเบียนพาณิชย์ ☐ ไม่มี ☐ มี ชื่อร้าน ..... เลขทะเบียน .....
๘. ใบทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม (ภ.พ.๒๐) ☐ ไม่มี ☐ มี เลขประจำตัวผู้เสียภาษี .....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลผู้สมัคร กรณีนิติบุคคล

๑. ชื่อนิติบุคคล .....

๒. เลขทะเบียนนิติบุคคล/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี .....

๓. จดทะเบียนเมื่อวันที่ ..... ทุนจดทะเบียน ..... บาท

๔. สำนักงานใหญ่ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ถนน/ซอย .....
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... อีเมล .....

๕. ใบทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่ม (ภ.พ.๒๐) ☐ ไม่มี ☐ มี

๖. ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล (ตามหนังสือรับรองการจดทะเบียน)
(๑) ชื่อ-สกุล ..... ตำแหน่ง .....
เลขประจำตัวประชาชน .....
(๒) ชื่อ-สกุล ..... ตำแหน่ง .....
เลขประจำตัวประชาชน .....
เงื่อนไขการลงนาม .....

๗. ผู้ประสานงาน ชื่อ-สกุล ..... โทรศัพท์ .....

ส่วนที่ ๓ คำรับรองของผู้สมัคร

(๑) ข้าพเจ้ามีคุณสมบัติครบถ้วนและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามข้อ ๒ ของประกาศ และไม่เป็นผู้มีผลประโยชน์ร่วมกันกับผู้สมัครรายอื่น

(๒) ข้อความในใบสมัครและเอกสารหลักฐานที่แนบทั้งหมดถูกต้องตรงตามความเป็นจริง หากปรากฏภายหลังว่าไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้ตัดสิทธิ์ หรือบอกเลิกสัญญาและริบหลักประกันสัญญา โดยไม่เรียกร้องค่าเสียหายใด ๆ

(๓) ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจประกาศ รวมทั้งข้อปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบการร้านค้าสวัสดิการแนบท้ายประกาศแล้ว และยินยอมปฏิบัติตามทุกประการ

(๔) ข้าพเจ้ายินยอมให้คณะอนุกรรมการฯ ตรวจสอบข้อเท็จจริง เรียกเอกสารเพิ่มเติม หรือเข้าตรวจสถานประกอบการของข้าพเจ้าได้

(๕) ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาลเก็บรวบรวม ใช้ และตรวจสอบข้อมูลส่วนบุคคลในใบสมัครนี้ เพื่อประโยชน์ในการคัดเลือกและการทำสัญญาเท่านั้น

(๖) ข้าพเจ้ายอมรับผลการพิจารณาของคณะอนุกรรมการฯ ให้เป็นที่สุด และจะไม่เรียกร้องสิทธิหรือค่าเสียหายใด ๆ

ลงชื่อ ..... ผู้สมัคร / ผู้มีอำนาจลงนาม
(.....)
ตำแหน่ง .....
(กรณีนิติบุคคล ให้ประทับตรานิติบุคคล ถ้ามี)

ส่วนที่ ๔ สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้รับใบสมัครและเอกสาร เมื่อวันที่ ..... เวลา ..... น. จำนวน ..... แผ่น

ผลการตรวจเอกสารเบื้องต้น ☐ ครบถ้วน ☐ ไม่ครบถ้วน ขาด .....

.....

ลงชื่อ ..... ผู้รับใบสมัคร

(.....)

✂ .....

ใบรับใบสมัคร (ผู้สมัครเก็บไว้เป็นหลักฐาน)

เลขที่รับ ..... ชื่อผู้สมัคร .....

ยื่นใบสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นผู้ประกอบการจำหน่ายกาแฟสดและเครื่องดื่ม เมื่อวันที่ ..... เวลา .....

จำนวนเอกสาร แผ่น ใบเสนอราคา (ซองปิดผนึก) ☐ ได้รับแล้ว

ลงชื่อ ..... ผู้รับใบสมัคร

(.....)