**แบบประเมินผู้ขายงานห้องปฏิบัติการ**

งานชันสูตรสาธารณสุข กลุ่มงานเทคนิคบริการ โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10

ชื่อบริษัท………………………………………………………………………………………..

วัน เดือน ปี ที่ประเมิน..................................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **รายละเอียดการประเมิน** | **ผลการประเมิน** | **คะแนนที่ได้** |
| 1 | ระยะเวลาในการส่งของ | 🗆ตรงเวลา 5 คะแนน  🗆ไม่ตรงเวลา 0 คะแนน |  |
| 2 | ความสะดวกในการติดต่อกับสำนักงานขายหรือบริษัท | 🗆ติดต่อได้ทันที 5 คะแนน  🗆ติดต่อไม่ได้ทันที และติดต่อกลับมา 3 คะแนน  🗆ติดต่อยากมากหรือไม่ได้ 0 คะแนน |  |
| 3 | สินค้าครบถ้วนตามที่สั่งซื้อ | 🗆ครบทุกรายการ 5 คะแนน  🗆ไม่ครบทุกรายการไม่กำหนดวันรับสินค้าที่เหลือ 0 คะแนน |  |
| 4 | ความครบถ้วนของเอกสาร | 🗆รับประกัน / เปลี่ยนคืนได้ 5 คะแนน  🗆ไม่รับประกัน / ไม่สามารถเปลี่ยนได้ 0 คะแนน |  |
| 5 | การรับประกันความเสียหาย / ชำรุด | 🗆สมบูรณ์ หากเป็นยาเย็นมีการควบคุมอุณหภูมิตามกำหนด 5 คะแนน  🗆ไม่สมบูรณ์ หากเป็นยาเย็นอุณหภูมิ ไม่เย็น 0 คะแนน |  |
| 6 | ภาชนะบรรจุนำส่ง |  |  |
|  |  | **รวม** |  |

**หมายเหตุ:** ในการจัดซื้อจัดจ้างบริษัทจะต้องได้คะแนนตั้งแต่ 80 – 100 % หากต่ำกว่า 80% จะยกเลิกการจัดซื้อในครั้งต่อไป

ลงชื่อผู้ประเมิน………………………………………

(...........................................................)

ตำแหน่ง............................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| วันที่บังคับใช้ 1พฤษภาคม 2556 | แก้ไขครั้งที่ 0 | Fm – LAB -006/1 |