



ร้านค้าสวัสดิการ

ประกาศ ร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เรื่อง การฝากขายอาหารในร้านค้าสวัสดิการ

ด้วย ร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มีความประสงค์จะรับฝากขายอาหาร ที่ผลิตโดยบุคลากรของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ มาจำหน่ายในร้านเพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคลากรของโรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้น โดยคำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้บริโภคเป็นหลัก จึงขอเชิญชวนบุคลากรของโรงพยาบาลที่มีความประสงค์จะฝากขายอาหาร มายื่นใบสมัครเพื่อรับการคัดเลือกในการฝากขายอาหารในร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งมีข้อกำหนดในการฝากขายอาหารดังนี้

๑. สินค้าที่ฝากขายบุคลากรของโรงพยาบาลเป็นผู้ผลิตเองและผลิตในที่อยู่อาศัยของตนเองเท่านั้น
๒. บุคลากรของโรงพยาบาลที่จะนำสินค้ามาฝากขายและผู้ช่วยผลิต จะต้องตรวจสอบสุขภาพตามเกณฑ์ที่โรงพยาบาลกำหนด
๓. ประเภทของอาหารที่จะรับฝากขาย
 - ๓.๑ ข้าวกล่อง/อาหารจานเดียวอื่นๆ เช่น บะหมี่ ผัดซีอิ้ว ผัดไทย เป็นต้น
 - ๓.๒ ขนมไทยและเบเกอรี่
 - ๓.๓ ผลไม้ตัดแต่งบรรจุกล่อง
 - ๓.๔ อาหารว่าง เช่น แขนวชิช สลัดโรล สาकुไส้หมู ปอเปี๊ยะสด/ทอด ขนมจีบ แยมเบเกอรี่ เป็นต้น
 - ๓.๕ อาหารคณิน
 - ๓.๖ น้ำสมุนไพร
 - ๓.๗ อาหารแปรรูปอื่นๆ เช่น หมูแดดเดียว ไข่เค็ม น้ำพริก ผักดอง กิมจิ เป็นต้น
๔. ราคาส่งและราคาจำหน่ายจะพิจารณาร่วมกันระหว่างผู้ฝากขายและร้านค้าสวัสดิการ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมทั้งสองฝ่าย โดยยึดนโยบายให้ผู้บริโภคได้ซื้ออาหารในราคาอย่างเสมอ
๕. การคัดเลือกจะพิจารณา
 - ๕.๑ คุณภาพของอาหาร รสชาติ รูปลักษณ์ และราคาเป็นหลัก (ตามเกณฑ์การให้คะแนนในแบบคัดเลือก)
 - ๕.๒ อาหารชนิดเดียวกันจะพิจารณาฝากขายไม่เกิน ๒ คน (หากมีความต้องการอาหารในปริมาณมากขึ้น อาจพิจารณาเพิ่มเติมผู้ฝากขายได้จากมติของคณะกรรมการ)
๖. อาหารที่นำมาฝากขาย ผู้ฝากขายจะต้องมาส่งและเช็คกลับเองตามกำหนด ในกรณีที่สินค้า บูด หรือเสียก่อนหมดอายุที่แสดงไว้บนกล่อง ทางคณะกรรมการจะพิจารณาดังต่อไปนี้
 - ๖.๑ ถ้าลูกค้าซื้อไปแล้วบอกว่าอาหารบูดเน่าเสียทางร้านจะสอบถามลูกค้าว่าจะเปลี่ยนหรือจะรับเงินคืน
 - ๖.๒ ถ้ากรรมการสุ่มเจออาหารบูดเน่าเสียหรือมีลูกค้ามาแจ้งคืนทางร้านจะเก็บสินค้าตัวนั้นออกทั้งหมดแล้วแจ้งผู้ฝากขายให้มารับทราบทันที และหากตรวจพบหรือได้รับการร้องเรียนว่าอาหารบูดเกิน ๓ ครั้ง คณะกรรมการจะพิจารณายกเลิกการฝากขายทันที

๗. กำหนดการเวลาส่งอาหารฝากขายให้กับทางร้านค้าสวัสดิการ มี ๒ รอบ
รอบที่ ๑ เวลา ๐๕.๐๐-๐๖.๐๐ น.
รอบที่ ๒ เวลา ๑๐.๐๐-๑๑.๐๐ น.
๘. การจ่ายเงิน จะจ่ายเมื่อมาตรวจสอบสินค้าที่จำหน่ายได้และรับสินค้าที่เหลือกลับไปในแต่ละวัน
๙. สินค้าที่นำมาฝากขายจะต้องมีการประเมินคุณภาพและต่อใบอนุญาตการฝากขายทุกๆ ๖ เดือน
๑๐. คณะทำงานร้านค้าสวัสดิการมีสิทธิในการพิจารณายกเลิกการฝากขายได้ทันทีผู้ฝากขายไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดที่แจ้งไว้
๑๑. หากจะมีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขในการฝากขายอาหารจะต้องมีการประชุมระหว่างผู้ฝากขายและคณะทำงานร้านค้าสวัสดิการและมีมติร่วมกัน

วิธีการคัดเลือก

ผู้ที่ฝากขายอาหารจะต้องนำอาหารมาให้คณะกรรมการพิจารณาตามเกณฑ์ในการคัดเลือก หากได้รับการคัดเลือกฝากขายในร้าน คณะกรรมการจะเข้าตรวจเยี่ยมสถานที่ผลิต ผู้ผลิตและผู้ช่วยผลิตจะต้องมีผลการตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ที่ทางโรงพยาบาลกำหนดมาแสดงต่อคณะกรรมการ

กำหนดการคัดเลือก ภายในวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓

การแจ้งผลการคัดเลือก ภายในวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๓

การขอรับใบสมัครและยื่นใบสมัคร

ติดต่อขอรับใบสมัครและยื่นใบสมัครด้วยตนเองได้ที่ สำนักงานชั่วคราว ร้านค้าสวัสดิการ ที่อาคาร ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ ชั้น ๕ (ตรงข้ามกลุ่มงานสวัสดิการสังคม) ในวันและเวลาราชการ ตั้งแต่วันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๓ เวลา ๑๖.๐๐ น. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่สำนักงานร้านค้าสวัสดิการชั่วคราวหรือทางโทรศัพท์หมายเลข ๐๘๒-๒๑๒๘๔๗๐

จึงประกาศให้บุคลากรของโรงพยาบาลที่ประสงค์จะฝากขายอาหารในร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ได้ทราบโดยทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ เดือน สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

(นางกนกวรรณ มิ่งขวัญ)

ประธานคณะกรรมการดำเนินงาน

โครงการร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

แบบฟอร์มฝากขายอาหาร (สำหรับบุคลากรโรงพยาบาล)
ร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ลำดับที่.....

วันที่..... เดือนพ.ศ. 2563

เรียนประธานคณะกรรมการดำเนินงานโครงการร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว/หน่วยงาน.....นามสกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

ปฏิบัติงานที่.....ตำแหน่ง.....

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อกได้.....เบอร์โทรหน่วยงาน.....

ที่อยู่ (สถานที่ผลิตสินค้า).....

ID line(ถ้ามี)E.mail(ถ้ามี).....

มีความประสงค์ฝากขายสินค้าดังนี้

ลำดับ	ชื่อสินค้า	ราคาส่ง	ราคาขาย	หมายเหตุ

เงื่อนไขอื่นๆ

.....
.....

จำนวนสินค้าทั้งหมด.....รายการ

ถ้าข้าพเจ้าได้รับการพิจารณาให้ฝากขายอาหาร จะปฏิบัติตามข้อกำหนดของร้านค้าสวัสดิการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่านาย/นาง/นางสาว/.....นามสกุล.....

เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และเป็นผู้ผลิตอาหารที่จะนำมาฝากขายตามรายการดังกล่าวด้วยตนเอง

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ (ผู้รับรอง : หัวหน้ากลุ่มงาน/งาน/หอผู้ป่วย หรือผู้บังคับบัญชาที่ระดับสูงกว่าผู้สมัคร)