



ศาลากลางจังหวัดอุดรธานี
รับ.....06311
วันที่.....16 มี.ค. 2558
เวลา.....

ที่ อด.๐๐๓๒.๑/๒๖๗๕

16 มี.ค. 2558

โรงพยาบาลอุดรธานี

๓๓ ถนนพะเนินนิยม อด ๔๑๐๐๐

๑๓ มี.ค. ๒๕๕๘

ดำเนินการจังหวัดอุดรธานี
เลขที่.....1419
วันที่.....17 มี.ค. 2558

เรื่อง สอบราคาซื้อวัสดุการแพทย์

เรียน หัวหน้าสำนักงานจังหวัดอุดรธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศจังหวัดอุดรธานี จำนวน ๔ รายการ พร้อมด้วยเอกสารสอบราคา
เลขที่ e-GP ๕๘๐๙๕๐๘๙๔๔๒ ลงวันที่ ๑๓ มี.ค. ๒๕๕๘

ด้วยจังหวัดอุดรธานี โดยโรงพยาบาลอุดรธานีมีความประสงค์ที่จะดำเนินการสอบราคาซื้อวัสดุ
การแพทย์ จำนวน.....๔.....รายการ โดยวิธีสอบราคาเพื่อใช้ในราชการทางโรงพยาบาลอุดรธานี จึงขอส่งประกาศ
จังหวัดอุดรธานี พร้อมด้วยเอกสารการสอบราคาที่เหมาะสมมาด้วย เพื่อขอความร่วมมือจากผู้ว่าราชการจังหวัดอุดรธานี
ช่วยอนุเคราะห์ประกาศการสอบราคาซื้อวัสดุการแพทย์ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและช่วยประกาศการสอบราคาดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายชุตติเดช ตาบ-องครักษ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี

งานวัสดุการแพทย์

โทร ๐-๔๒๒๔-๕๕๕๕ ต่อ ๑๒๓๕

โทรสาร ๐-๔๒๓๐-๔๑๗๓

