



ประกาศศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา

ที่ ๐๒๖ /๒๕๖๑

เรื่อง การรับสมัครผู้ประกอบการร้านค้า เพื่อพิจารณาให้เข้ามาประกอบการ
ภายในศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา

ด้วย ศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา มีความประสงค์รับสมัคร
ผู้ประกอบการร้านค้าจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม ภายในพื้นที่โรงอาหารของศูนย์การแพทย์และ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา เพื่อรองรับการให้เปิดบริการรักษาพยาบาลอย่างเต็มรูปแบบ
ทั้งแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๕ แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยพะเยา พ.ศ. ๒๕๕๓
ประกอบกับความในข้อ ๒๖ ของระเบียบมหาวิทยาลัยพะเยา ว่าด้วย ศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยพะเยา พ.ศ. ๒๕๕๘ และความในข้อ ๘ ของระเบียบมหาวิทยาลัยพะเยา ว่าด้วย
ศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๐ และประกาศ
ศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา ที่ ๐๑๑/๒๕๖๑ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตรา
ค่าธรรมเนียมการใช้พื้นที่ภายในศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา พ.ศ. ๒๕๖๑
โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการดำเนินงานศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา
ในคราวประชุม ครั้งที่ ๔ (๔/๒๕๖๑) เมื่อวันที่ ๓๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ จึงประกาศรับสมัคร
ผู้มีคุณสมบัติในการสมัครเป็นผู้ประกอบการ ดังต่อไปนี้

๑. คุณสมบัติทั่วไปของผู้ประกอบการ

๑.๑ กรณี บุคคลธรรมดา

ก. มีสัญชาติไทย

ข. เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ นับถึงวันที่ยื่นหนังสือแจ้งความประสงค์เข้ามา
ประกอบการต่อศูนย์การแพทย์

ค. เป็นผู้มีร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง

ง. ไม่เป็นผู้มีหนี้สินล้นพ้นตัวหรือเป็นบุคคลล้มละลาย

จ. ไม่เป็นข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง ของมหาวิทยาลัย

ฉ. ไม่เป็นผู้ที่ถูกดำเนินคดีต่าง ๆ หรืออยู่ระหว่างการพิจารณาคดีของศาล

ช. ไม่เป็นบุคคลไร้ความสามารถ หรือเสมือนไร้ความสามารถ หรือ
สตีพันเพื่อนไม่สมบูรณ์ หรือมีจิตใจที่ไม่เหมาะสมที่จะประกอบการได้

๑.๒ กรณี นิติบุคคล

- ก. เป็นนิติบุคคลที่มีอาชีพตรงตามประเภทของร้านค้าหรือบริการที่ขอเข้ามาดำเนินการ
- ข. ไม่เป็นผู้มีผลประโยชน์ร่วมกันกับพนักงานและลูกจ้างของมหาวิทยาลัย
- ค. ไม่เป็นนิติบุคคลที่ได้รับเอกสิทธิ์หรือความคุ้มครองซึ่งอาจปฏิเสธไม่ยอมขึ้นศาลไทย เว้นแต่รัฐบาลของผู้ประกอบการได้มีคำสั่งให้สละสิทธิ์และความคุ้มครองเช่นนั้น

๒. ผู้ประกอบการจะต้องจัดทำรายละเอียดแผนการดำเนินงาน เพื่อประกอบการพิจารณาตามที่ศูนย์การแพทย์ฯ กำหนด ดังนี้

๒.๑ ผู้ประกอบการจะต้องจัดหาร้านค้า จำนวน ๔ ร้าน ในการจำหน่ายอาหารจำหน่ายเครื่องดื่ม และจำหน่ายสินค้าอื่น ๆ พร้อมอุปกรณ์ในการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มด้วย

๒.๒ ผู้ประกอบการจะต้องนำเสนอราคาอาหาร และเครื่องดื่ม พร้อมรายการอาหาร และรายการเครื่องดื่ม รวมถึงรายการสินค้าอื่น ๆ

๒.๓ ผู้ประกอบการต้องจัดหาพนักงาน ในการดูแลความสะอาด ภาชนะ ถ้วยชาม ช้อน ความปลอดภัย ห้องสุขา จัดทำที่ล้างมือ รวมทั้งการรักษาความสะอาด และสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

๒.๔ ผู้ประกอบการจะต้องจัดเตรียมภาชนะในการดักไขมันในบ่อดักไขมัน และรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนของการดักไขมัน

๒.๕ ผู้ประกอบการจะต้องติดตั้งเครื่องดักควัน และถังดับเพลิง

๒.๖ ผู้ประกอบการจะต้องจัดให้มีการสุ่มตัวอย่างอาหาร ส่งให้ศูนย์การแพทย์ฯ ตรวจปีละ ๑ ครั้ง

๒.๗ ผู้ประกอบการจะต้องจัดให้มีการตรวจสอบสุขภาพประจำปี และรายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปีให้ศูนย์การแพทย์ฯ ทราบ

๒.๘ ผู้ประกอบการจะต้องติดตั้งมิเตอร์ไฟฟ้า และระบบประปา

๒.๙ ผู้ประกอบการจะต้องออกรูปแบบร้าน แบบป้าย การจัดโซนร้านค้า และแผนการตกแต่งร้าน รวมทั้งชุดแต่งกายของพนักงาน ตามที่ศูนย์การแพทย์ฯ ร้องขอภายหลังการจัดทำสัญญาแล้ว

๒.๑๐ ผู้ประกอบการจะต้องจัดให้มีผ้ากันเปื้อนพนักงาน พร้อมออกแบบให้ศูนย์การแพทย์ฯ พิจารณาก่อนดำเนินการ

๒.๑๑ ผู้ประกอบการจะต้องจัดให้มีการประชาสัมพันธ์การขายอาหาร และเครื่องดื่ม

๒.๑๒ ผู้ประกอบการจะต้องจัดทำประกันภัย ประกันอุบัติเหตุ และการรับผิดชอบต่อภัยที่เกิดจากการขาย จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม

๓. สัญญา ค่าเช่า และประกัน

๓.๑ ผู้ประกอบการจะต้องทำสัญญา เป็นระยะเวลา ๓ ปี

๓.๒ ผู้ประกอบการจะต้องจ่ายค่าเช่า เป็นระยะเวลา ๓ ปี เป็นจำนวนเงิน ๒๒๐,๐๐๐ บาท โดยแบ่งเป็นระยะเวลา ดังนี้

๓.๒.๑ ปีแรก ในอัตรา ๕๐,๐๐๐ บาทต่อปี

๓.๒.๒ ปีที่สอง ในอัตรา ๗๐,๐๐๐ บาทต่อปี

๓.๒.๓ ปีที่สาม ในอัตรา ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อปี

๓.๓ ผู้ประกอบการจะต้องจ่ายค่าประกันสัญญา ปีละ ๒๐,๐๐๐ บาท

๔. หลักฐานการสมัคร

ผู้ประกอบการจะต้องจัดเตรียมหลักฐานการยื่นสมัครให้ครบตามที่ ศูนย์การแพทย์ กำหนด หากขาดหลักฐานอย่างใดอย่างหนึ่ง ศูนย์การแพทย์อาจจะไม่รับพิจารณา ทั้งนี้ ผู้ประกอบการต้องยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานการสมัคร จำนวน ๑ ชุด ดังนี้

(๑) รายละเอียดแผนการดำเนินงานตามข้อ ๒

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

(๓) สำเนาทะเบียนบ้าน

(๔) ใบรับรองแพทย์แผนปัจจุบันสาขาเวชกรรมที่ออกไม่เกิน ๑ เดือน (นับถึงวันที่ยื่นสมัคร) โดยแสดงว่าไม่เป็นผู้ที่ เป็นโรคติดต่อร้ายแรงตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนด

(๕) รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว หน้าที่ตรง ไม่สวมหมวก ไม่สวมแว่นตาดำ ไม่เกิน ๑ เดือน (นับถึงวันที่ยื่นสมัคร) จำนวน ๑ รูป

(๖) ประสพการณ์การจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม จะพิจารณาเป็นพิเศษ (ถ้ามี)

๕. เวลา และสถานที่รับสมัคร

กำหนดวันยื่นใบสมัคร ตั้งแต่บัดนี้ จนถึงวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ในวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ ในเวลาราชการ ผู้ประกอบการประสงค์สมัครยื่นใบสมัครด้วยตนเองได้ที่ สำนักงานผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ ชั้น ๒ อาคารศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยพะเยา ตำบลแม่กา อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา สามารถสอบถามรายละเอียดได้ที่ โทรศัพท์ ๐ ๕๕๕๖ ๖๖๖๖ ต่อ ๗๐๑๑ , ๗๐๑๒

๖. การพิจารณาคัดเลือก

๖.๑ พิจารณาจากการสัมภาษณ์ ๒๕ คะแนน

๖.๒ พิจารณาจากการสาธิตการประกอบอาหาร รูปแบบ และรสชาติของอาหาร ๕๐ คะแนน

๖.๓ พิจารณาจากแผนการประกอบการและแผนการใช้และตกแต่งพื้นที่
ให้บริการ ๒๕ คะแนน

ทั้งนี้ การพิจารณาคัดเลือกของคณะกรรมการการใช้พื้นที่ของศูนย์การแพทย์และ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยาถือเป็นขั้นสุดท้าย

๗. การประกาศผลการพิจารณา

ศูนย์การแพทย์ฯ จะประกาศผลการพิจารณาคัดเลือก ผ่านทางเว็บไซต์
www.upmed.up.ac.th หรือ www.up.ac.th

ทั้งนี้ ผู้ประกอบการที่ผ่านการคัดเลือกจะต้องดำเนินการทำสัญญาและ
ชำระค่าธรรมเนียมการใช้พื้นที่ตามที่กำหนด ภายใน ๑๕ วัน นับจากวันที่ประกาศผลการพิจารณา
คัดเลือก และปฏิบัติตามประกาศศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา ที่ ๐๑๑/๒๕๖๑
เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าธรรมเนียมการใช้พื้นที่ภายในศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยพะเยา พ.ศ. ๒๕๖๑ ที่กำหนดไว้

ประกาศ ณ วันที่ ๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๑



(ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.มณฑล สงวนเสริมศรี)

รักษาการแทนผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์
และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา



ใบสมัคร ผู้ประกอบการร้านค้า
ภายในศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา

รูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว
จำนวน 1 รูป

เขียนที่ ศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาล

มหาวิทยาลัยพะเยา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอยื่นความจำนงจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม

เรียน คณะอนุกรรมการการใช้พื้นที่ของศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....อายุ.....ปี

ที่อยู่ (ตามบัตรประจำตัวประชาชน).....

ที่อยู่ปัจจุบันสามารถติดต่อได้.....

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....ออกเมื่อ.....

วันหมดอายุ.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

ประสบการณ์ในการประกอบธุรกิจ (ถ้ามี)

หลักฐานประกอบการสมัคร

- | | ครบ | ไม่ครบ |
|--|---------|---------|
| 1. รูปถ่ายขนาด 1 นิ้วหน้าตรง จำนวน 1 รูป | (.....) | (.....) |
| 2. รายละเอียดแผนการดำเนินงานฯ | (.....) | (.....) |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน | (.....) | (.....) |
| 4. สำเนาทะเบียนบ้าน | (.....) | (.....) |
| 5. ใบรับรองแพทย์ฯ | (.....) | (.....) |
| 6. ประสบการณ์การจำหน่ายอาหารฯ | (.....) | (.....) |

ลงชื่อ.....ผู้รับสมัคร

(.....)

วันที่...../...../.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่เสนอเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่...../...../.....