

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายทรัพยากรบุคคล ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน โทร.3665
ที่ อว 8731.5 /จ 12 วันที่ 21 พฤษภาคม 2564
เรื่อง การทำสัญญาการให้บริการทางการแพทย์นอกเวลาราชการ โครงการจัดตั้งการผ่าตัดและหัตถการ
นอกเวลาราชการ

เรียน รองผู้อำนวยการ / หัวหน้าสาขาวิชา

ด้วยศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ได้จัดทำโครงการจัดตั้งการผ่าตัดและหัตถการนอกเวลาราชการ โดยแพทย์และบุคลากรที่ประสงค์เข้าร่วมโครงการฯ จะต้องจัดทำสัญญาการให้บริการทางการแพทย์นอกเวลาราชการ กำหนดระยะเวลาสัญญา 1 ปี (รอบปีงบประมาณ) และเมื่อสิ้นสุดสัญญาผู้เข้าร่วมโครงการฯ จะต้องดำเนินการต่อสัญญาใหม่

ในการนี้ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน จึงขอแจ้งให้แพทย์และบุคลากรในสาขาวิชาที่กำหนดตามประกาศคณะกรรมการอำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มศว เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายเงินรายได้ (ฉบับที่ 2) โครงการจัดตั้งการผ่าตัดและหัตถการนอกเวลาราชการ ลงวันที่ 18 กันยายน 2562 (เอกสารแนบ 1) ที่เข้าโครงการฯ ประจำปีงบประมาณ 2563 ซึ่งจะสิ้นสุดสัญญาในวันที่ 30 กันยายน 2564 และแพทย์และบุคลากรที่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการฯ ใหม่ ให้มาดำเนินการจัดทำสัญญาการให้บริการทางการแพทย์นอกเวลาราชการ ประจำปีงบประมาณ 2565 กำหนดรอบเวลาสัญญา 1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565

ทั้งนี้ ผู้ประสงค์เข้าโครงการฯ สามารถ Download แบบฟอร์มได้ที่ <http://pcmc.swu.ac.th> โดยจัดเตรียมเอกสารหลักฐานประกอบหนังสือสัญญาดังนี้

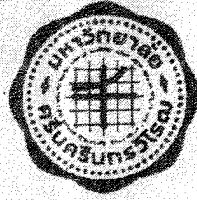
1. แบบสัญญาการให้บริการทางการแพทย์นอกเวลาราชการ จำนวน 2 ชุด
(กรอกรายละเอียดที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน, พร้อมลายมือชื่อพยานให้ครบถ้วน)
2. สำเนาบัตรประชาชน (ต้องไม่หมดอายุ) จำนวน 2 ฉบับ
3. สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน 2 ฉบับ
4. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน 2 ฉบับ
5. สำเนาวุฒิบัตร จำนวน 2 ฉบับ

และนำส่งให้งานทรัพยากรบุคคล ภายในวันที่ 21 มิถุนายน 2564 (หากพ้นระยะเวลาที่กำหนดส่งแล้วถือว่าในปีงบประมาณ 2565 ไม่ประสงค์ส่งสัญญาการให้บริการทางการแพทย์นอกเวลาราชการ)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการภายในกำหนดเวลาต่อไปด้วย

ร.ร.น

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา)
ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน



ประกาศคณะกรรมการอำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายเงินรายได้ (ฉบับที่ ๒)
โครงการจัดตั้งการผ่าตัดและหัตถการนอกเวลาราชการ

เพื่อให้การบริหารงานศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๑๐ และข้อ ๔๓ ของระเบียบมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ว่าด้วยการบริหารศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบกับมติที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน ครั้งที่ ๗/๒๕๖๒ เมื่อวันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๒ จึงออกประกาศหลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายเงินรายได้ โครงการจัดตั้งการผ่าตัดและหัตถการนอกเวลาราชการ ดังนี้

๑. สาขาวิชาจักษุวิทยา
๒. สาขาวิชาศัลยกรรม
๓. สาขาวิชาสูติ - นรีเวชกรรม
๔. สาขาวิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา
๕. สาขาวิชาศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
๖. สาขาวิชาอายุรกรรม
๗. งานการพยาบาลผ่าตัด
๘. สาขาวิชาสัตวแพทย์
๙. งานการพยาบาลวิสัญญี

รายละเอียดให้เป็นไปตามรายละเอียดในบัญชีแนบท้ายประกาศฉบับนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๖ กันยายน ๒๕๖๒

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒน์กุล)

อธิการบดีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประธานคณะกรรมการอำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

สัญญาการให้บริการทางการแพทย์นอกเวลาราชการ

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

สัญญานี้ทำขึ้นระหว่างศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สำนักงานตั้งอยู่เลขที่ 222 หมู่ 1 ถนนติวานนท์ ตำบลบางตลาด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 โดยรองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล อธิการบดีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้มีอำนาจดำเนินการแทนซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้ให้สัญญา” ฝ่ายหนึ่ง

กับ _____ ที่อยู่เลขที่ _____ ถนน _____ แขวง/
ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้รับสัญญา” อีกฝ่ายหนึ่ง

คู่สัญญาตกลงกันในรายละเอียด ต่อไปนี้

ข้อ 1. “ผู้ให้สัญญา” ประกอบกิจการ ด้านสถานพยาบาลที่ได้รับใบอนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย (ตามเอกสารแนบท้าย 1) ซึ่งมีความพร้อมของอุปกรณ์ด้านเครื่องมือ/เครื่องใช้/ความพร้อมด้านความสะอาด และบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถตลอดจนถึงตั้งของสถานพยาบาล

ข้อ 2. “ผู้รับสัญญา” เป็นผู้มีความรู้/ความสามารถและประสบการณ์ด้านการแพทย์การประกอบโรคศิลปะตามใบอนุญาตที่ขึ้นทะเบียนไว้ (ตามเอกสารแนบท้าย 2) ในการประกอบวิชาชีพอิสระ (Liberal Profession)

ข้อ 3. เพื่อประโยชน์ต่อการดำเนินกิจการของทั้งสองฝ่าย คู่สัญญาจึงได้ตกลงกันที่จะร่วมดำเนินกิจการ โดยใช้ความพร้อมของแต่ละฝ่ายเพื่อบริการสาธารณะในการดูแลรักษา “คนไข้” หรือ “ผู้ป่วย” ณ สถานที่ของ “ผู้ให้สัญญา” โดยการตรวจรักษาของ “ผู้รับสัญญา”

ทั้งนี้ ในการคิดค่าบริการและค่ารักษาจาก “คนไข้” หรือ “ผู้ป่วย” นั้น “ผู้ให้สัญญา” ตกลงจะคิดเฉพาะค่าบริการในการใช้สถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ อุปกรณ์บุคลากร รวมทั้งสิ่งอื่นที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านการรักษา ส่วน “ผู้รับสัญญา” จะคิดค่ารักษาในแต่ละกรณีที่ตนได้ตรวจรักษาโดยใช้ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในวิชาชีพอิสระตามใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม โดยศูนย์การแพทย์ฯ มีหน้าที่ออกใบเสร็จรับเงิน

ข้อ 4. สัญญานี้มีกำหนดระยะเวลา _____ ปี โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ และสิ้นสุด วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้อ 5. ถ้าคู่สัญญาฝ่ายใด ต้องการบอกเลิกสัญญาก่อนครบกำหนด ให้แจ้งล่วงหน้าให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบเป็นลายลักษณ์อักษรไม่น้อยกว่า 30 วัน

สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจความแห่งสัญญานี้แล้วจึงได้ลงลายมือชื่อและประทับตราสำคัญ(ถ้ามี) ต่อหน้าพยานไว้เป็นสำคัญแล้ว และถือไว้ฝ่ายละฉบับ

ลงชื่อ _____ ผู้ให้สัญญา
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมชาย สันติวัฒนกุล)

ลงชื่อ _____ ผู้รับสัญญา
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

สัญญาตั้งตัวแทนเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ระหว่าง _____ อายุ _____ ปี อยู่บ้านเลขที่ _____ ซอย _____
ถนน _____ แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____

รหัสไปรษณีย์ _____ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ตัวการ” อีกฝ่ายหนึ่ง

กับศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สำนักงานตั้งอยู่เลขที่ 222 หมู่ 1 ถนนติวานนท์ ตำบลบางตลาด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 โดยรองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล อธิการบดีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้มีอำนาจดำเนินการแทน ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ตัวแทน” อีกฝ่ายหนึ่ง

คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายตกลงทำสัญญากัน ดังมีข้อความต่อไปนี้

ข้อ 1. “ตัวการ” ตกลงแต่งตั้งและ “ตัวแทน” ตกลงรับแต่งตั้งเป็นตัวแทน เพื่อดำเนินกิจการของตัวการเกี่ยวกับ

1.1 การเรียกเก็บค่าบริการค่าดำเนินการทางการแพทย์ ค่ารักษาพยาบาล ค่าเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่ใช้ทำการรักษาผู้ป่วย

1.2 การออกและเรียกเก็บภาษีเพื่อส่งกรมสรรพากร ในการเรียกเก็บภาษีประจำปี

ในนามของตัวแทนต่างตัวการ มีกำหนดระยะเวลาแห่งสัญญานี้ทั้งสิ้น _____ ปี นับแต่วันที่ได้มีการลงนามในสัญญานี้ โดยตัวแทนเป็นผู้ดำเนินการดังกล่าว

ข้อ 2 ค่าใช้จ่ายใดๆ ในการดำเนินการตามสัญญานี้ ตัวการจะเป็นผู้รับภาระเองทั้งสิ้น

ข้อ 3. ตัวการตกลงจ่ายค่าบำเหน็จตัวแทนให้แก่ตัวแทน ในแต่ละครั้งที่ดำเนินการเรียกเก็บเป็นอัตราร้อยละ 20 ของค่าธรรมเนียมแพทย์

ข้อ 4. หากตัวการปฏิบัติผิดสัญญานี้ข้อหนึ่งข้อใด เป็นเหตุให้ตัวแทนได้รับความเสียหาย ตัวการต้องรับผิดชอบในบรรดาความเสียหายนั้นๆ ให้แก่ตัวแทนทุกประการ

ข้อ 5. หากตัวการผิดสัญญาข้อหนึ่งข้อใด ตัวแทนมีสิทธิบอกเลิกสัญญานี้ และสัญญาอื่นที่เกี่ยวข้องได้ รวมถึงมีสิทธิเรียกร้องค่าเสียหายที่เกิดขึ้นได้อีกต่างหากด้วย โดยตัวการตกลงยินยอมที่จะชำระชดใช้ค่าเสียหาย

ข้อ 6. หากตัวการประสงค์จะเลิกสัญญานี้ จะต้องดำเนินการแจ้งให้ตัวแทนทราบล่วงหน้าเป็นลายลักษณ์อักษร ไม่น้อยกว่า 30 วัน แต่บรรดากิจการที่ได้กระทำลงแล้วก่อนการบอกเลิกสัญญานี้ให้ถือว่าได้กระทำลงในนามของตัวการโดยตรง และมีผลผูกพันตัวการตามสัญญานี้ทุกประการ

สัญญานี้ ถูกทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อและประทับตรา(ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และเก็บสัญญาไว้ฝ่ายละฉบับ

ลงชื่อ _____ ตัวการ

(_____)

ลงชื่อ _____ ตัวแทน

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมชาย สันติวัฒนกุล)

ลงชื่อ _____ พยาน

(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน

(_____)

สัญญาบริการให้ใช้สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์และบุคลากรทางการแพทย์

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

สัญญานี้ทำขึ้นระหว่างศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สำนักงานตั้งอยู่เลขที่ 222 หมู่ 1 ถนนติวานนท์ ตำบลบางตลาด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 โดยรองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล อธิการบดีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้มีอำนาจดำเนินการแทนซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้ให้บริการ” ฝ่ายหนึ่ง

กับ _____ ที่อยู่เลขที่ _____ ถนน _____
แขวง/ตำบล _____ เขต/อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
ซึ่งต่อไปในสัญญานี้ เรียกว่า “ผู้ขอใช้บริการ” อีกฝ่ายหนึ่ง

คู่สัญญาดกลงกันในรายละเอียด ต่อไปนี้

ข้อ 1. “ผู้ขอใช้บริการ” ตกลงที่จะใช้สถานพยาบาลของ “ผู้ให้บริการ” รวมทั้งบุคลากรอุปกรณ์และเครื่องมือของสถานพยาบาลแห่งนั้น

ข้อ 2. ในการใช้สถานพยาบาล อุปกรณ์ เครื่องมือ และบุคลากรทางการแพทย์ตามสัญญานี้ “ผู้ขอใช้บริการ” ตกลงจ่ายค่าอุปกรณ์ เครื่องมือ และค่าตอบแทน ซึ่งคิดตามจำนวนคนไข้และค่าบริการที่คนไข้ชำระที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล

ข้อ 3. สัญญาบริการให้ใช้สถานที่ อุปกรณ์และบุคลากรทางการแพทย์มีกำหนดระยะเวลา _____ ปี นับตั้งแต่วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ ถึงวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้อ 4. “ผู้ให้บริการ” ขอรับรองว่า สถานที่ของ “ผู้ให้บริการ” มีอุปกรณ์ เครื่องมือ และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการตามสัญญานี้ มีอุปกรณ์ เครื่องมือ และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณสมบัติสมบูรณ์ และคุณภาพพร้อมใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อ 5. “ผู้ให้บริการ” มีหน้าที่ในการบำรุงรักษา อุปกรณ์ เครื่องมือ และสถานที่ ให้อยู่ในสภาพการใช้งานและพร้อมใช้งานอยู่เสมอ ด้วยค่าใช้จ่ายของ “ผู้ให้บริการ” เอง

ลงชื่อ _____ ผู้ให้บริการ ลงชื่อ _____ ผู้ขอใช้บริการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. สมชาย สันติวัฒนกุล) (_____)

ลงชื่อ _____ พยาน ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

ข้อ 6. ถ้า “ผู้ขอใช้บริการ” นำบุคคลใดหรือคณะบุคคลใด หรืออุปกรณ์ เครื่องมืออื่นใด มาใช้ในสถานพยาบาลโดยไม่แจ้งให้ “ผู้ให้บริการ” ทราบล่วงหน้า “ผู้ให้บริการ” มีสิทธิบอกเลิกสัญญาได้ทันที โดยที่ไม่จำเป็นต้องมีหนังสือแจ้งเตือน

ข้อ 7. เมื่อเกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออัคคีภัย “ผู้ขอใช้บริการ” ไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายต่ออุปกรณ์ เครื่องมือ ให้แก่ “ผู้ให้บริการ” ตามสัญญานี้

ข้อ 8. ในระหว่างอายุสัญญาบริการนี้ “ผู้ขอใช้บริการ” ห้ามโอนสิทธิหน้าที่ตามสัญญานี้ให้แก่บุคคลอื่น เว้นแต่จะได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจาก “ผู้ให้บริการ” ก่อน

ข้อ 9. ถ้าคู่สัญญาฝ่ายใด ต้องการบอกเลิกสัญญาก่อนครบกำหนด ให้แจ้งล่วงหน้าให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบเป็นลายลักษณ์อักษร ไม่น้อยกว่า 30 วัน

สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน คู่สัญญาได้อ่านและทำความเข้าใจความในสัญญาดีแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานและยึดถือไว้ฝ่ายละฉบับ

ลงชื่อ _____ ผู้ให้บริการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมชาย สันติวัฒนกุล)

ลงชื่อ _____ ผู้ขอใช้บริการ

(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน

(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน

(_____)

ใบเสร็จรับเงินค่าตรวจวินิจฉัยของแพทย์

ในการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ตามใบตรวจฯ เลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
ผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยชื่อ นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ _____ ชื่อสกุล _____
เป็นจำนวนเงินค่าตรวจฯ _____ บาท (_____)

ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน
(_____)