



# หนังสือสัญญาค้ำประกันอุปกรณ์ทางการแพทย์ (DOG) โรงพยาบาลทันตกรรม

สถานที่ คณะทันตแพทยศาสตร์

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ปฏิบัติราชการที่.....โทร..... อยู่บ้านเลขที่.....

ขอทำสัญญาค้ำประกันไว้ต่อโรงพยาบาลทันตกรรม คณะ ทันตแพทยศาสตร์ มีดังข้อความดังต่อไปนี้

ตามที.....HN.....

ได้รับเข้ารับรักษาตัว ณ โรงพยาบาลทันตกรรม เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... และได้ใช้  
อุปกรณ์ในการบำบัดโรค คือ

โดยอุปกรณ์ดังกล่าวจะติดตัวผู้ป่วย และผู้ป่วยจะต้องนำส่งโรงพยาบาลทันตกรรม ตามที่แพทย์กำหนด ดังผู้ป่วยมีความประสงค์ที่  
จะให้..... เป็นผู้ค้ำประกันต่อโรงพยาบาลทันตกรรม  
เป็นเงิน.....บาท (.....)

กล่าวคือ หาก.....

ไม่นำอุปกรณ์ในการบำบัดโรคมาคืนให้กับโรงพยาบาลทันตกรรมภายในวันที่แพทย์กำหนด ข้าพเจ้ายินยอมชำระเงินแทนให้  
ในทันที โดยไม่ต้องเรียกร้องให้.....ชำระก่อน

หนังสือค้ำประกันนี้ทำไว้ ณ วันซึ่งระบุข้างบน และข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้ในสัญญาต่อหน้าพยาน

หมายเหตุ ได้ถอดอุปกรณ์ดังกล่าว

ลงชื่อ..... ผู้ค้ำประกัน  
(.....)

(แพทย์ผู้ทำการถอดออก)

ถอดออกเมื่อวันที่..... พยาน  
(.....)








ลงชื่อ..... พยาน  
(.....)

(ผู้รับอุปกรณ์ดังกล่าว)

(.....)

ใบคิดเงินค่ามัดจำอุปกรณ์ทางการแพทย์ (DOG)

สติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วย

| ลำดับ<br>ที่       | ชื่อวัสดุ  | ภาพ   | ราคา:หน่วย<br>จำนวน (บาท) | จำนวน | รวมเงิน |
|--------------------|--|---|---------------------------|-------|---------|
| 1                  | 288.027 Maxill.Distractor Main body<br>Distraction length 20 mm    |    | 134,460                   |       |         |
| 2                  | 288.026 Maxill. Distractor Main body<br>Distraction length 15 mm   |    | 134,460                   |       |         |
| 3                  | 288.052 Posterior Plate<br>15x7 mm , / Maxillary Distractor        |    | 60,400                    |       |         |
| 4.                 | 288.065 Oval Head Screw $\phi$ 3.5 mm<br>f/ Maxill.Distractor      |   | 1,440                     |       |         |
| 5                  | 288.042 Anterior Foot Plate, Left<br>L 6mm, f/ Maxill.Distractor   |  | 60,400                    |       |         |
| 6                  | 288.038 Anterior Foot Plate , Right<br>L 6mm, f/ Maxill.Distractor |  | 60,400                    |       |         |
|                    |  |  |                           |       |         |
| รวมเงิน            |  |   |                           |       |         |
| แพทย์ผู้ใส่อุปกรณ์ |  |   |                           |       |         |
| ลงชื่อผู้คิดเงิน   |  |   |                           |       |         |

ค่ามัดจำวัสดุอุปกรณ์ก่อนออกจากโรงพยาบาลจำนวนเงิน.....บาท (.....)  
 สรุปลงค่ามัดจำ (เพื่อการคิดเงินมัดจำครั้งสุดท้ายก่อนออกจากโรงพยาบาล ) จำนวนเงิน.....บาท  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....