ที่ กท ๑๑๐๓/จ. ๕ ฟ๒

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความร่วมมือให้ชำระค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ด้วยกรุงเทพมหานครได้ตราข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย ตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ ข้อ ๔ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมเก็บขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าวซึ่งปรากฏว่าข้อมูลน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อสถานพยาบาลของท่าน ประจำเดือน มกราคม ๒๕๖๕ มีน้ำหนักมูลฝอยรวม ๙,๔๐๕ กิโลกรัม โดยจะต้องชำระค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอยติดเชื้อ เป็นจำนวนเงิน ๔๕,๖๐๐.- บาท (สี่หมื่นห้าพันหกร้อยบาทถ้วน)

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จึงประสานขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าวข้างต้นโดยชำระเป็นเงินสดหรือหากสั่งจ่ายเป็นเช็คให้ขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม "กรุงเทพมหานคร" และเพื่อเป็นการอำนวยความสะดวก สำนักงานจัดการมูลฝอยฯ จะได้มอบหมายเจ้าหน้าที่มาจัดเก็บค่าธรรมเนียมดังกล่าว ต่อไป

อนึ่ง ตามระเบียบกรุงเทพมหานคร ว่าด้วยการรับเงินรายได้กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๐ ข้อ ๑๑ กำหนดว่า เช็คที่รับชำระเป็นเงินรายได้กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นเช็คลงวันที่ที่เจ้าหน้าที่รับชำระเช็คนั้นหรือก่อนวันนั้นไม่เกิน ๓๐ วัน สำหรับเช็คประเภท ก. ประเภท ข. ประเภท ค. ประเภท ง. ห้ามรับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอขอบคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ตรวจแล้ว

ส่วนบริการจัดการมูลฝอย
ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย
โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘ - ๙
โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๙

24 FEB 2022

23/2/2022

8/3/22

หมายเหตุ สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ขอความร่วมมือท่านชำระค่าธรรมเนียมฯ จำนวนดังกล่าวข้างต้นภายใน ๑๕ วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือฉบับนี้

แบบ กข-3

บริษัท กรุงเทพธนาคม จำกัด

ใบบันทึกน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ ประจำเดือน มกราคม 2565

ชื่อสถานพยาบาล ..... **โทร.** .....

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1			
2	556	20 20	
3			
4			
5	537	18 80	
6			
7			
8	865	21.40	
9	475	21 75	
10	487	18.45	
11			
12	815	21 40	
13	584	18.20	
14	1365	[illegible]	
15			
16			
17	1067	17 40	
18			
19	763	17 40	
20			
21			
22	913	17 80	
23			
24			
25	875	17-25	
26			
27	435	17 40	
28			
29			
30	668	16 00	
31			
รวม	9,405		

รหัสสถานพยาบาล...0061(สาย4)
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
124 ถ.สีลม แขวงสุริยวงศ์
เขตบางรัก กทม.10500

หมายเหตุ

1. บันทึก วัน เวลา น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ และเซ็นชื่อกำกับทุกครั้งที่ทางพนักงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ
2. ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสารฉบับจริงคืนบริษัทฯ **ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน** ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงินค่าบริการ เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยถูกต้องทุกประการ รวม 9,405 กก.

☐ พอใจ

☐ ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ..... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นต์ผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

บริษัท กรุงเทพธนาคม จำกัด โทร. 02-726-0300 02 328 7874 , 082-475-2592 แฟกซ์. 0-2726-0301 กุณฑรัญฤทัย 081 151 3697 วารุณี 08 3157 5214 สุกัญญา 08 9 135 9555

ที่ กท ๑๑๐๓/จ. ๗๐๒

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑๑ มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการให้บริการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ และข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติดังกล่าว และระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการรับเงินรายได้กรุงเทพมหานคร พ.ศ.๒๕๕๐ ข้อ ๑๑ กำหนดว่าเช็คที่รับชำระเป็นรายได้กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นเช็คลงวันที่เจ้าหน้าที่รับชำระเช็คนั้นหรือก่อนวันนั้น ไม่เกิน ๓๐ วัน ห้ามรับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า

ในการนี้สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ขอแจ้งว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสถานที่ของท่านที่รับบริการเก็บและขนมูลฝอยประจำเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ จำนวน ๖,๓๘๕ กิโลกรัม คิดเป็นค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๓๔,๕๐๐.- บาท (สามหมื่นสี่พันห้าร้อยบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าว ภายใน ๘ วัน โดยสามารถเลือกชำระผ่านช่องทางใดทางหนึ่ง ดังนี้

๑. ชำระด้วยเงินสดผ่านเจ้าหน้าที่จัดเก็บค่าธรรมเนียม หรือที่สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม
๒. เช็คขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม ค่าธรรมเนียมจัดการมูลฝอย สำนักสิ่งแวดล้อม
๓. โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทยชื่อบัญชี ค่าธรรมเนียมจัดการมูลฝอย สำนักสิ่งแวดล้อม เลขที่บัญชี ๖๘๘– ๖–๐๐๑๐๔-๓ ถ้าท่านโอนเข้าบัญชีดังกล่าวแล้วโปรดแจ้งตามจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ infect.๖๕@yahoo.com จะได้ดำเนินการออกใบเสร็จเพื่อเป็นหลักฐานในการชำระค่าธรรมเนียมต่อไป

ทั้งนี้ หากท่านไม่ดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมภายในกำหนด กรุงเทพมหานครมีความจำเป็นต้องดำเนินคดีตามขั้นตอนของกฎหมาย ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมตามที่แจ้ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)
ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
สำนักสิ่งแวดล้อม

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย
ส่วนบริการจัดการมูลฝอย
โทร.๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘
โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๙

22 MAR 2022

ตรวจแล้ว

22/3/2022

ใบ
ชื่อส

รหัสสถานพยาบาล...0061(สาย4)
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
124 ถ.สีลม แขวงสุริยวงศ์
เขตบางรัก กทม.10500

จำกัด

แบบ กข-3

กุมภาพันธ์ 2565

ร. .....

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1	407	17.30	[illegible]
2			
3	415	19.30	[illegible]
4			
5			
6	532	21.40	[illegible]
7			
8	425		[illegible]
9			
10	485		[illegible]
11			
12	468		[illegible]
13			
14	415		[illegible]
15			
16	463	1830	[illegible]
17			
18	145	17.30	[illegible]
19			
20	415	1830	[illegible]
21			
22	442	1840	[illegible]
23			
24	408	1920	[illegible]
25			
26	455	1710	[illegible]
27			
28	550	17-40	[illegible]
29			
30			
31			
รวม	6,385		

หมายเหตุ

1. บันทึก วัน เวลา น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ และเซ็นชื่อกำกับทุกครั้งที่ทางพนักงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ
2. ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสารฉบับจริงคืนบริษัทฯ **ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน** ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงินค่าบริการ เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยถูกต้องทุกประการ รวม 6,385 กก.

☐ พอใจ

☐ ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ..... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นต์ผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

บริษัท กรุงเทพธนาคม จำกัด โทร. 02-726-0300 02 328 7874 , 082-475-2592 แฟกซ์. 0-2726-0301 คุณขวัญฤทัย 081 151 3697 วารุณี 08 3157 5214 สุกัญญา 08 9 135 9555

ที่ กท ๑๑๐๓/จ.๑๓๔๒

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑๖ เมษายน ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการให้บริการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ และข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติดังกล่าว และระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการรับเงินรายได้กรุงเทพมหานคร พ.ศ.๒๕๕๐ ข้อ ๑๑ กำหนดว่าเช็คที่รับชำระเป็นรายได้กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นเช็คลงวันที่เจ้าหน้าที่รับชำระเช็คนั้นหรือก่อนวันนั้น ไม่เกิน ๓๐ วัน ห้ามรับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า

ในการนี้สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ขอแจ้งว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสถานที่ของท่านที่รับบริการเก็บและขนมูลฝอยประจำเดือนมีนาคม ๒๕๖๕ จำนวน ๘,๑๙๔ กิโลกรัม คิดเป็นค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๓๙,๙๐๐.- บาท (สามหมื่นเก้าพันเก้าร้อยบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าว ภายใน ๘ วัน โดยสามารถเลือกชำระผ่านช่องทางใดทางหนึ่ง ดังนี้

๑. ชำระด้วยเงินสดผ่านเจ้าหน้าที่จัดเก็บค่าธรรมเนียม หรือที่สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม

๒. เช็คขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม <u>กรุงเทพมหานคร</u>

ทั้งนี้ หากท่านไม่ดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมภายในกำหนด กรุงเทพมหานครมีความจำเป็นต้องดำเนินคดีตามขั้นตอนของกฎหมาย ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมตามที่แจ้ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)
ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
สำนักสิ่งแวดล้อม

เรียน นพ.บัญชา ทราบ

21 APR 2022

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย
ส่วนบริการจัดการมูลฝอย
โทร.๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘
โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๙

467 สิ่งแวดล้อม
19 APR 2022

ตรวจแล้ว
19/4/2022
19/4/22

แบบ กข-3

ใบบ

ชื่อสถ

รหัสสถานพยาบาล...0061 (สาย4)
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
124 ถ.สีลม แขวงสุริยวงศ์
เขตบางรัก กทม.10500

จำกัด

มีนาคม 2565

ร. .....

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1			
2	453	17.15	
3			
4	682	21.30	
5			
6	425	17.35	
7			
8			
9			
10	536	20.10 น.	
11	445	11.00 น	
12	895	18.30 น	
13			
14			
15	475	14.00	
16			
17	790	13.00	
18	420	18.20	
19			
20			
21	630	17.10	
22			
23	588	17.00	
24			
25			
26	729	21.10	
27			
28	570	21.00	
29			
30	556	21.00	
31			
รวม	8,194		

หมายเหตุ

1. บันทึก วัน เวลา น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ และเซ็นชื่อกำกับทุกครั้งที่ทางพนักงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ
2. ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสารฉบับจริงคืนบริษัท**ฯ ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน**ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงินค่าบริการ เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยถูกต้องทุกประการ รวม 8,194 กก.

☐ พอใจ

☐ ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ..... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นต์ผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

บริษัท กรุงเทพธนาคม จำกัด โทร. 02-726-0300 02 328 7874 , 082-475-2592 แฟกซ์. 0-2726-0301 คุณขวัญฤทัย 081 151 3697 วารุณี 08 3157 5214 สุกัญญา 08 9 135 9555

กรุณาส่ง.....ชั้น 1
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
124 ถ.สีลม แขวงสุริยวงศ์
เขตบางรัก กทม.10500

กรุงเทพธนาคม KRUNGTHEP THANAKOM

วันที่ 05 เมษายน 2565

เรื่อง การให้บริการเก็บขนและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหารและผู้ประกอบกิจการสถานบริการสาธารณสุข

ตามที่ทางบริษัท กรุงเทพธนาคม จำกัด ได้ดำเนินการให้บริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อกับทางสถานบริการสาธารณสุขของท่าน

ทางบริษัทฯ ขอแจ้งการให้บริการเก็บขนและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสถานประกอบการของท่าน ประจำเดือน.....มีนาคม..2565..... ดังนี้
ปริมาณน้ำหนักขยะมูลฝอยติดเชื้อรวม.....8,194.....กิโลกรัม

โปรดตรวจสอบใบแจ้งปริมาณน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อฉบับนี้ **ถ้าปริมาณน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับของท่านโปรดแจ้งบริษัทฯ โดยด่วนภายใน 3 วัน** หลังจากได้รับจดหมายฉบับนี้ ถ้าท่านไม่แจ้งกลับภายในเวลาที่กำหนดทางบริษัทฯ จะถือว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่แจ้งมานี้ถูกต้องและทางบริษัทฯ จะส่งปริมาณมูลฝอยติดเชื้อให้กับทางกรุงเทพมหานครเพื่อดำเนินการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อสถานบริการสาธารณสุขต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดตรวจสอบ

นางสาวทิพย์มาส สมนึก
ผู้จัดการฝ่ายบริหารโครงการ

หมายเหตุ

1. ติดต่อแจ้งปริมาณน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อได้ที่ฝ่ายดูแลลำดับที่ 1 โทร 02-726-0300 02-327-7874 (082-475-2592) หมายเลข 0-2726-0301 คุณสุกัญญา 08 9135 9555 คุณชาญณรงค์ 081 351 3697 คุณวรุณี 08 2137 5214
2. เอกสารฉบับนี้ถือเป็นใบแจ้งการให้บริการเก็บขนและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเพื่อเป็นการหลงให้ทราบถึงความถี่ในการให้บริการและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเท่านั้น
3. เอกสารฉบับนี้ไม่ใช่ใบเสร็จรับเงินหรือใบเรียกเก็บค่าธรรมเนียมเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ

ที่ กท ๑๑๐๓/จ. ๒๒๒๕

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑๒ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการให้บริการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ และข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติดังกล่าว และระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการรับเงินรายได้กรุงเทพมหานคร พ.ศ.๒๕๕๐ ข้อ ๑๑ กำหนดว่าเช็คที่รับชำระเป็นรายได้กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นเช็คลงวันที่เจ้าหน้าที่รับชำระเช็คนั้นหรือก่อนวันนั้น ไม่เกิน ๓๐ วัน ห้ามรับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า

ในการนี้สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ขอแจ้งว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสถานที่ของท่านที่รับบริการเก็บและขนมูลฝอยประจำเดือนเมษายน ๒๕๖๕ จำนวน ๙,๔๘๑ กิโลกรัม คิดเป็นค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอย เป็นจำนวน ๔๗,๗๐๐.- บาท (สี่หมื่นเจ็ดพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าว ภายใน ๘ วัน โดยสามารถเลือกชำระผ่านช่องทางใดทางหนึ่ง ดังนี้

๑. ชำระด้วยเงินสดผ่านเจ้าหน้าที่จัดเก็บค่าธรรมเนียม หรือที่สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม
๒. เช็คขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม <u>กรุงเทพมหานคร</u>

ทั้งนี้ หากท่านไม่ดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมภายในกำหนด กรุงเทพมหานครมีความจำเป็นต้องดำเนินคดีตามขั้นตอนของกฎหมาย ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมตามที่แจ้ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)
ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย
ส่วนบริการจัดการมูลฝอย
โทร.๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘
โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๙

เรียน หน.ฝ่ายบัญชีและการเงิน
เพื่อดำเนินการ

19 MAY 2022

568 2022
17 MAY 2022

ตรวจแล้ว
17/5/2022
17/5/22

แบบ กข-3

ใบบั

ชื่อสถ

รหัสสถานพยาบาล...0061 (สาย4)
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
124 ถ.สีลม แขวงสุริยวงศ์
เขตบางรัก กทม.10500

จำกัด

เมษายน 2565

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1	525	22 00	
2			
3	555	19 50	
4			
5	770	17 20	
6			
7			
8	790	17 30	
9			
10	815	17 50	
11			
12	740	17 00	
13			
14	635	17 10	
15			
16			
17	770	16.20	
18			
19			
20	827	17.20	
21			
22	740 *	10 40	
23			
24			
25	789	17 15	
26			
27			
28	520	17-30	
29			
30	560	17-40	
31			
รวม	9481		

หมายเหตุ

1. บันทึก วัน เวลา น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ และเซ็นชื่อกำกับทุกครั้งที่ทางพนักงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ
2. ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสารฉบับจริงคืนบริษัทฯ **ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน** ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงินค่าบริการ เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยถูกต้องทุกประการ รวม 9481 กก.

☐ พอใจ

☐ ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ..... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นต์ผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

บริษัท กรุงเทพธนาคม จำกัด โทร. 02-726-0300 02 328 7874 , 082-475-2592 แฟกซ์. 0-2726-0301 คุณชวัญฤทัย 081 151 3697 วารุณี 08 3157 5214 สุกัญญา 08 9 135 9555

กรุณาส่ง.....0961
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
124 ถ.สีลม แขวงสุริยวงศ์
เขตบางรัก กทม.10500

กรุงเทพธนาคม KRUNGTHEP THANAKOM

วันที่ 05 พฤษภาคม 2565

เรื่อง การให้บริการเก็บขนและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหารและผู้ประกอบกิจการสถานบริการสาธารณสุข

ตามที่ทางบริษัท กรุงเทพธนาคม จำกัด ได้ดำเนินการให้บริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อกับทางสถานบริการสาธารณสุขของท่าน

ทางบริษัทฯ ขอแจ้งการให้บริการเก็บขนและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสถานประกอบการของท่าน
ประจำเดือน.....เมษายน..2565..... ดังนี้
ปริมาณน้ำหนักขยะมูลฝอยติดเชื้อรวม.....9,481.....กิโลกรัม

โปรดตรวจสอบใบแจ้งปริมาณน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อฉบับนี้ ถ้าปริมาณน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับของท่านโปรดแจ้งบริษัทฯ โดยด่วนภายใน 3 วัน หลังจากได้รับจดหมายฉบับนี้ ถ้าท่านไม่แจ้งกลับภายในเวลาที่กำหนดทางบริษัทฯ จะถือว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่แจ้งมานี้ถูกต้องและทางบริษัทฯ จะส่งปริมาณมูลฝอยติดเชื้อให้กับทางกรุงเทพมหานครเพื่อดำเนินการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อสถานบริการสาธารณสุขต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดตรวจสอบ

นางสาวพิพย์มาศ สมมิ่ง
ผู้จัดการฝ่ายบริหารโครงการ

หมายเหตุ

1. ติดต่อแจ้งปริมาณน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อได้ที่ฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ โทร 02-726-0300 02-326-7854 (002-475-2592) มือถือ 0-2726-0301 อุดมศักดิ์ 08 9125 9555 อุดมศักดิ์ เชิญ 081 151 3693 สุมาตรานี 08 3157 5214
2. เอกสารฉบับนี้ถือเป็นใบแจ้งการให้บริการเก็บขนและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเพื่อเป็นการแสดงให้เห็นถึงการดำเนินการให้บริการเก็บน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเท่านั้น
3. เอกสารฉบับนี้มิใช่ใบแจ้งหนี้หรือใบเสร็จค่าธรรมเนียมเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ

ที่ กท ๑๑๐๓/จ. ๒๗๓๒

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการให้บริการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ และข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติดังกล่าว และระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการรับเงินรายได้กรุงเทพมหานคร พ.ศ.๒๕๕๐ ข้อ ๑๑ กำหนดว่าเช็คที่รับชำระเป็นรายได้กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นเช็คลงวันที่เจ้าหน้าที่รับชำระเช็คนั้นหรือก่อนวันนั้น ไม่เกิน ๓๐ วัน ห้ามรับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า

ในการนี้สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ขอแจ้งว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสถานที่ของท่านที่รับบริการเก็บและขนมูลฝอยประจำเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๕ จำนวน ๘,๗๔๒ กิโลกรัม คิดเป็นค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๔๒,๓๐๐.- บาท (สี่หมื่นสองพันสามร้อยบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าว ภายใน ๘ วัน โดยสามารถเลือกชำระผ่านช่องทางใดทางหนึ่ง ดังนี้

๑. ชำระด้วยเงินสดผ่านเจ้าหน้าที่จัดเก็บค่าธรรมเนียม หรือที่สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม
๒. เช็คขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม <u>กรุงเทพมหานคร</u>

ทั้งนี้ หากท่านไม่ดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมภายในกำหนด กรุงเทพมหานครมีความจำเป็นต้องดำเนินคดีตามขั้นตอนของกฎหมาย ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมตามที่แจ้ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายภานุวัฒน์ อ่อนเกศ)
ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย
ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม

699 2022

ตรวจแล้ว

15/6/2022

15/6/22

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย
ส่วนบริการจัดการมูลฝอย
โทร.๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘
โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๙

ใบ

ชื่อล

รหัสสถานพยาบาล...0061(สาย4)
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
124 ถ.สีลม แขวงสุริยวงศ์
เขตบางรัก กทม.10500

จำกัด

แบบ กข-3

พฤษภาคม 2565

กร. .....

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1	85[illegible]	[illegible].40	[illegible]
2			
3	490	1790	[illegible]
4			
5	630	9000	[illegible]
6			
7			
8	770	2040	[illegible]
9			
10			
11	630	1755	[illegible]
12			
13			
14	896	1930	[illegible]
15	203	1630	[illegible]
16		[illegible]	[illegible]
17	560	1810	[illegible]
18			
19	495	1890	[illegible]
20			
21			
22	[illegible]	1650	[illegible]
23			
24	560	1930	[illegible]
25			
26			
27	750	1820	[illegible]
28			
29	840	1750	[illegible]
30			
31	420	18.00	[illegible]
รวม	8,742		

หมายเหตุ

1. บันทึก วัน เวลา น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ และเซ็นชื่อกำกับทุกครั้งที่ทางพนักงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ
2. ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสารฉบับจริงคืนบริษัทฯ **ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน** ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงินค่าบริการ เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบนำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยถูกต้องทุกประการ รวม 8740 กก.

☐ พอใจ

☐ ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ..... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นต์ผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

บริษัท กรุงเทพธนาภม จำกัด โทร. 02-726-0300 02 328 7874 , 082-475-2592 แฟกซ์. 0-2726-0301 คุณชรัญฤทัย 081 151 3697 วารุณี 08 3157 5214 สุกัญญา 08 9 135 9555

กรุณาส่ง.....0061
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
124 ถ.สีลม แขวงสุริยวงศ์
เขตบางรัก กทม.10500

กรุงเทพธนาคม ● KRUNGTHEP THANAKOM

วันที่ 05 มิถุนายน 2565

เรื่อง การให้บริการเก็บขนและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหารและผู้ประกอบกิจการสถานบริการสาธารณสุข

ตามที่ทางบริษัท กรุงเทพธนาคม จำกัด ได้ดำเนินการให้บริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อกับทางสถานบริการสาธารณสุขของท่าน

ทางบริษัทฯ ขอแจ้งการให้บริการเก็บขนและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสถานประกอบการของท่าน
ประจำเดือน.....พฤษภาคม..2565..... ดังนี้
ปริมาณน้ำหนักขยะมูลฝอยติดเชื้อรวม.....8,742.....กิโลกรัม

โปรดตรวจสอบใบแจ้งปริมาณน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อฉบับนี้ ถ้าปริมาณน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อไม่ถูกต้องหรือไม่ตรงกับของท่านโปรดแจ้งบริษัทฯ โดยด่วนภายใน 3 วัน หลังจากได้รับจดหมายฉบับนี้ ถ้าท่านไม่แจ้งกลับภายในเวลาที่กำหนดทางบริษัทฯ จะถือว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่แจ้งมานี้ถูกต้องและทางบริษัทฯ จะส่งปริมาณมูลฝอยติดเชื้อให้กับทางกรุงเทพมหานครเพื่อดำเนินการเรียกเก็บค่าธรรมเนียมเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อสถานบริการสาธารณสุขต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดตรวจสอบ

นางสาวทิพย์มาศ สมนึก
ผู้จัดการฝ่ายบริหารโครงการ

<u>หมายเหตุ</u>

1. ติดต่อแจ้งปริมาณน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อได้ที่ฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ โทร 02-726-0300 02-326-7874 (082-475-2592) แฟกซ์ 0-2726-0301 คุณสุดาวัลย์ 08 9135 9555 คุณชวัญชุดาพัช 081 151 3467 คุณการุณี 08 3157 5214
2. เอกสารฉบับนี้ถือเป็นใบแจ้งการให้บริการเก็บขนและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเพื่อเป็นการแสดงให้ทราบถึงความคืบหน้าการให้บริการและน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเท่านั้น
3. เอกสารฉบับนี้ไม่ใช่ใบแจ้งหนี้หรือใบเก็บค่าธรรมเนียมการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ

โรงงานเทศบาลมูลฝอยติดเชื้อ ซอยเอกมัย 66 ถนนสุขุมวิท แขวงพระโขนงเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10260
INTERMUNICIPAL WASTE ENGINEERING FACTORY AND ORGANIC RECYCLING PLANT BANGKOK (IMEP)
TEL. (02) 326-7874 , (02) 726-0300 FAX. (02) 726-0301

ที่ กท ๑๑๐๓/จ. ๓๗๖๐

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการให้บริการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ และข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติดังกล่าว และระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการรับเงินรายได้กรุงเทพมหานคร พ.ศ.๒๕๕๐ ข้อ ๑๑ กำหนดว่าเช็คที่รับชำระเป็นรายได้กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นเช็คลงวันที่เจ้าหน้าที่รับชำระเช็คนั้นหรือก่อนวันนั้น ไม่เกิน ๓๐ วัน ห้ามรับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า

ในการนี้สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ขอแจ้งว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสถานที่ของท่านที่รับบริการเก็บและขนมูลฝอยประจำเดือนมิถุนายน ๒๕๖๕ จำนวน ๘,๗๒๒ กิโลกรัม คิดเป็นค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๔๓,๘๐๐.- บาท (สี่หมื่นสามพันแปดร้อยบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าว ภายใน ๘ วัน โดยสามารถเลือกชำระผ่านช่องทางใดทางหนึ่ง ดังนี้

๑. ชำระด้วยเงินสดผ่านเจ้าหน้าที่จัดเก็บค่าธรรมเนียม หรือที่สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม
๒. เช็คขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม <u>กรุงเทพมหานคร</u>

ทั้งนี้ หากท่านไม่ดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมภายในกำหนด กรุงเทพมหานครมีความจำเป็นต้องดำเนินคดีตามขั้นตอนของกฎหมาย ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมตามที่แจ้ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)
ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

ภายที่รับ 861 , 2022
วันที่ 20 JUL 2022
เรียน ☐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
☐ รอง ผอ.รพ. สายการ.....
☐ .....
☐ .....
เพื่อ ☐ พิจารณาสั่งการ ☐ มอบหมาย
☐ ทราบ ☐ เห็นควรแจ้ง
☐ .....
ขอแสดงความนับถือ

ตรวจแล้ว

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย
ส่วนบริการจัดการมูลฝอย
โทร.๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘
โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๙

ให้ดำเนินการต่อไป
22/7/22

20/7/2022

ใบ

ชื่อ

รหัสสถานพยาบาล...0061 (สาย4)
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
124 ถ.สีลม แขวงสุริยวงศ์
เขตบางรัก กทม.10500

จำกัด

แบบ กข-3

มิถุนายน 2565

ทร. .....

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1			
2	280	1860	
3			
4			
5	560	1810	
6	490		
7			
8	560	1820	
9			
10	574	1830	
11			
12	840	1500	
13			
14			
15	980	2 40	
16			
17			
18	840	1840	
19			
20	630	1810	
21			
22	560	1850	
23	490	22.40	
24			
25			
26	630	1800	
27			
28	630	20.00	
29			
30	658	18-10	
31			
รวม	8,722		

หมายเหตุ

1. บันทึก วัน เวลา น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ และเซ็นชื่อกำกับทุกครั้งที่ทางพนักงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ
2. ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสารฉบับจริงคืนบริษัทฯ <u>ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน</u> ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงินค่าบริการ เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยถูกต้องทุกประการ รวม 8,722 กก.

☑ พอใจ

☐ ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ..... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นต์ผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

บริษัท กรุงเทพธนาคม จำกัด โทร. 02-726-0300 02 328 7874 , 082-475-2592 แฟกซ์. 0-2726-0301 กุณฑรัญฤทัย 081 151 3697 วารุณี 08 3157 5214 สุกัญญา 08 9 135 9555