



ที่ กท ๑๑๐๓/จท. ๑๗๗๔

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม.๑๐๔๐๐

๔ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักรวมมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน สิงหาคม ๒๕๖๕ มีมูลฝอยไม่เกิน ๔ ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โดยคิดเป็นค่าธรรมเนียมฯ รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๘,๐๐๐.- บาท (แปดพันบาทถ้วน)

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จึงประสานขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมฯ ตามรายการดังกล่าวข้างต้น ภายใน ๑๕ วัน นับจากได้รับหนังสือฉบับนี้ โดยชำระเป็นเงินสดหรือหักจ่ายเป็นเช็คให้ขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม " กรุงเทพมหานคร " ได้ที่ ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย ส่วนบริการจัดการมูลฝอย สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ และหากมีความประสงค์จะให้ไปปรับค่าธรรมเนียมฯ โปรดแจ้งได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘ - ๙ สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จะได้มอบหมายเจ้าหน้าที่ไปจัดเก็บค่าธรรมเนียมฯ ดังกล่าวต่อไป

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมฯ ต่อไป

แผนกจ่ายภาษี/ผู้อำนวยการ	
เลขที่รับ	1117 / 2022
วันที่	15 SEP 2022
วิธีรับ	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> รอง ผอ.รพ. สาธารณ <input type="checkbox"/> _____
เก็บ	<input type="checkbox"/> ภาษีอากร/เงิน <input type="checkbox"/> รับทราบ <input type="checkbox"/> ผ.ก.วิ.ร <input type="checkbox"/> _____
ขอแสดงความนับถือ	
วันที่	

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย

โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘ - ๙

โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๙

ขอแสดงความนับถือ

๔

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

มีอำนาจในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

สำนักสิ่งแวดล้อม

ตรวจแล้ว

วัน/เดือน/ปี 15/9/2022

15/9/2022

To. คุณวิมล

ผู้อำนวยการส่วน

15/9/2022



ที่ กท ๑๑๐๓/จท. ๑๘๔๐

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม.๑๐๔๐๐

๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือนกันยายน ๒๕๖๕ มีมูลฝอยไม่เกิน ๕ ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โดยคิดเป็นค่าธรรมเนียมฯ รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จึงประสานขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมฯ ตามรายการดังกล่าวข้างต้น ภายใน ๑๕ วัน นับจากได้รับหนังสือฉบับนี้ โดยชำระเป็นเงินสดหรือหักบัญชีจ่ายเป็นเช็คให้ขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม “ กรุงเทพมหานคร ” ได้ที่ ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย ส่วนบริการจัดการมูลฝอย สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ และหากมีความประสงค์จะให้ไปรับค่าธรรมเนียมฯ โปรดแจ้งได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘ - ๙ สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จะได้นำหมายเจ้าหน้าที่ไปจัดเก็บค่าธรรมเนียมฯ ดังกล่าวต่อไป

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมฯ ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ในโอกาสวันวิสาขบูชา

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

บริหารในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
สำนักสิ่งแวดล้อม

เลขที่รับ		1243, 2022
วันที่		19 OCT 2022
ยื่น	<input type="checkbox"/>	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
	<input type="checkbox"/>	รอง ผอ.รพ. สาธารณ
	<input checked="" type="checkbox"/>	ผอ.ก.
เก็บ	<input type="checkbox"/>	พิจารณา/สั่งการ
	<input type="checkbox"/>	รับทราบ
	<input type="checkbox"/>	ดำเนินการ

ตรวจแล้ว

รพ.กรุงเทพคริสเตียน

19/10/2022

19/10/2022

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย

โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘ - ๙

โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๙

19/10/2022



ที่ กท ๑๑๐๓/จท. ๒๐๐๐

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม.๑๐๔๐๐

๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยหรือมูลฝอย  
ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือ  
มูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงาน  
จัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน  
ตุลาคม ๒๕๖๕ มีมูลฝอยไม่เกิน ๕ ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โดยคิดเป็นค่าธรรมเนียมฯ รวมเป็นจำนวนเงิน  
ทั้งสิ้น ๑๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จึงประสานขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมฯ  
ตามรายการดังกล่าวข้างต้น ภายใน ๑๕ วัน นับจากได้รับหนังสือฉบับนี้ โดยชำระเป็นเงินสดหรือหากส่งจ่าย  
เป็นเช็คให้ขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม “ กรุงเทพมหานคร ” ได้ที่ ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย ส่วนบริการจัดการมูลฝอย  
สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ และหากมีความประสงค์  
จะให้ปรับค่าธรรมเนียมฯ โปรดแจ้งได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๓ ๒๕๓๘ - ๙ สำนักงานจัดการมูลฝอย  
และสิ่งปฏิกูล จะได้มอบหมายเจ้าหน้าที่ไปจัดเก็บค่าธรรมเนียมฯ ดังกล่าวต่อไป

อนึ่ง ตามระเบียบกรุงเทพมหานคร ว่าด้วยการรับเงินรายได้กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๐  
ข้อ ๑๑ กำหนดว่า เช็คที่รับชำระเป็นรายได้กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นเช็คลงวันที่ที่เจ้าหน้าที่รับชำระ  
เช็คนั้นหรือก่อนวันนั้นไม่เกิน ๓๐ วัน สำหรับเช็คประเภท ก. ประเภท ข. ประเภท ค. ประเภท ง. ห้ามรับเช็ค  
ลงวันที่ล่วงหน้า

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมฯ ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

กรุงเทพมหานคร	
1341, 2022	
วันที่ 14 NOV 2022	
ผู้รับ	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
	<input type="checkbox"/> รอง ผอ.รพ. สาขางาน
	<input checked="" type="checkbox"/> ผอ.รพ.
ผู้รับ	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการ
	<input type="checkbox"/> รองนายก
	<input type="checkbox"/> รับทราบ
	<input type="checkbox"/> ดำเนินการ
ขอแสดงความนับถือ	
ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย	
โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๕๓๘ - ๙	
โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๕๓๙	

ในนามท่านผู้รับ  
ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย  
สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
สำนักสิ่งแวดล้อม

ตรวจแล้ว

นายกฯ ผอ.รพ.  
11/11/2022

TO: K. 31

ผู้อำนวยการส่วน

สำนักสิ่งแวดล้อม

11/11/2022





ที่ กท ๑๑๐๓/จท. ๒๑๑๐

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม.๑๐๔๐๐

๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๕ มีมูลฝอยไม่เกิน ๔ ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โดยคิดเป็นค่าธรรมเนียมฯ รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๘,๐๐๐.- บาท (แปดพันบาทถ้วน)

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จึงประสานขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมฯ ตามรายการดังกล่าวข้างต้น ภายใน ๑๕ วัน นับจากได้รับหนังสือฉบับนี้ โดยชำระเป็นเงินสดหรือหากส่งจ่ายเป็นเช็คให้ขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม “ กรุงเทพมหานคร ” ได้ที่ ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย ส่วนบริการจัดการมูลฝอย สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ และหากมีความประสงค์จะให้ไปรับค่าธรรมเนียมฯ โปรดแจ้งได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘ - ๙ สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จะได้มอบหมายเจ้าหน้าที่ไปจัดเก็บค่าธรรมเนียมฯ ดังกล่าวต่อไป

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมฯ ต่อไป

เลขที่รับ 1497 2022	
วันที่ 21 DEC 2022	
ยื่น	<input type="checkbox"/> ผู้จัดการโรงพยาบาล
	<input type="checkbox"/> รอง ผอ.รพ. สาธารณ
	<input checked="" type="checkbox"/> ผอ.รพ.
แจ้ง	<input type="checkbox"/> ผู้จัดการ/ผู้จัดการ
	<input type="checkbox"/> วิศวกร
	<input type="checkbox"/> คำนวณ
ขอแสดงความนับถือ	

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย

โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘ - ๙

โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๙

ขอแสดงความนับถือ

นายอรุณ วิเศษสุข

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการสิ่งปฏิกูล

๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม.๑๐๔๐๐

สำนักสิ่งแวดล้อม

ตรวจแล้ว

To: น.ผอ.รพ.

ในสำเนาเอกสาร

22/12/22

22/12/22

กทท. ๑๑๐๓/จท.

22/12/22

22/12/2022

22/12/2022

by hand ของนาย ก. 12/11/2023



ที่ กท ๑๑๐๓/จท. ๒๒๖๘

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑๐ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน ธันวาคม ๒๕๖๕ มีมูลฝอยไม่เกิน ๕ ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โดยคิดเป็นค่าธรรมเนียมฯ รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จึงประสานขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมฯ ตามรายการดังกล่าวข้างต้น ภายใน ๑๕ วัน นับจากได้รับหนังสือฉบับนี้ โดยชำระเป็นเงินสดหรือหากส่งจ่ายเป็นเช็คให้ขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม “ กรุงเทพมหานคร ” ได้ที่ ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย ส่วนบริการจัดการมูลฝอย สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ และหากมีความประสงค์จะให้ไปรับค่าธรรมเนียมฯ โปรดแจ้งได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘ - ๙ สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จะได้มอบหมายเจ้าหน้าที่ไปจัดเก็บค่าธรรมเนียมฯ ดังกล่าวต่อไป

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมฯ ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายอรุณ วิเศษวงษา)

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการสิ่งปฏิกูล

ศึกษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

สำนักสิ่งแวดล้อม

แผนกสำนักผู้อำนวยการ	
เลขที่รับ	๐๑ ๒๐๒๓
วันที่	17 JAN 2023
รับ	<input checked="" type="checkbox"/> ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
	<input type="checkbox"/> รพ. ศบ.รพ. สาธารณ
	<input checked="" type="checkbox"/> รพ. -
	<input type="checkbox"/>
รับ	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการ/อำนวยการ
	<input type="checkbox"/> รองนายก
	<input type="checkbox"/> รับทราบ
	<input type="checkbox"/> ดำเนินการ
	<input type="checkbox"/>
ขอแสดงความนับถือ	

ตรวจแล้ว

วิเศษวงษา

12/11/2023

12/11/2023

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย

โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘ - ๙

โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๙

To. Finance (ก.วิเศษ วงษ์วงษา)

ผู้อำนวยการสำนักสิ่งแวดล้อม

13/1/23



ที่ กท ๑๑๐๓/จ. ๓๖๖๓

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๓ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการให้บริการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตาม  
กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ และข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บ  
และขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่  
เสียค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียม  
ท้ายข้อบัญญัติดังกล่าว และระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการรับเงินรายได้กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๐  
ข้อ ๑๑ กำหนดว่าเช็คที่รับชำระเป็นรายได้กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นเช็คลงวันที่เจ้าหน้าที่รับชำระเช็คนั้น  
หรือก่อนวันนั้น ไม่เกิน ๓๐ วัน ห้ามรับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า

ในการนี้สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ขอแจ้งว่าปริมาณมูลฝอย  
ติดเชื้อสถานที่ของท่านที่รับบริการเก็บและขนมูลฝอยประจำเดือนกรกฎาคม ๒๕๖๕ จำนวน ๑๐,๒๔๐ กิโลกรัม  
คิดเป็นค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๔๔,๘๐๐.- บาท (สี่หมื่นเก้าพันแปดร้อยบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าว ภายใน ๘ วัน  
โดยสามารถเลือกชำระผ่านช่องทางใดทางหนึ่ง ดังนี้

๑. ชำระด้วยเงินสดผ่านเจ้าหน้าที่จัดเก็บค่าธรรมเนียม หรือที่สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม
๒. เช็คขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ หากท่านไม่ดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมภายในกำหนด กรุงเทพมหานครมีความ  
จำเป็นต้องดำเนินคดีตามขั้นตอนของกฎหมาย ต่อไป

แบบแจ้งการชำระเงิน  
๑๘๕ ๒๐๒๒  
วันที่ 18 AUG 2022  
ผู้รับเงิน  
☐ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล  
☐ รอง ผอ.รพ. สาธารณ  
☒ ผอ.รพ.  
เงิน  
☐ เงินสด  
☐ เช็ค  
☐ เงินฝาก  
☐ เงินโอน  
ขอสงวนสิทธิ์ใน  
วันที่

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย  
ส่วนบริการจัดการมูลฝอย  
โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘  
โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘

ขอแสดงความนับถือ

๓

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

ในการนี้ตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
สำนักสิ่งแวดล้อม

ตรวจแล้ว

รพท. ปทท.

18/8/22

๑๗  
15/8/22

To: K-Size

ท่านผู้อำนวยการองค์การ

Stef Komit  
๒/8/๒๒





## บริษัท กรุงเทพมหานคร จำกัด

แบบ กข-3

ใบบันทึกนำหนักรถยนต์ขึ้น ประจำเดือน ..... กรกฎาคม 2565

ชื่อสถานพยาบาล ..... โทร. ....

วันที่	นำหนักรถ (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1			
2			
3	840	21:30	4
4	560	18:00	4
5			
6			
7	770	21:30	4
8			
9	490	19:00	4
10	630	19:30	4
11			
12	630	18:50	4
13			
14	630	17:50	4
15			
16	840	18:40	4
17			
18	840	18:10	4
19			
20			
21	400	18:00	4
22			
23	840	18:30	4
24			
25	910	18:30	4
26			
27			
28	700	18:00	4
29			
30			
31	770	18:00	
รวม	10,240		

รหัสสถานพยาบาล...0061 (สาย 4)  
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน  
124 ถนนสุขุมวิท แขวงสุริยวงส์  
เขตบางรัก กทม.10500

### หมายเหตุ

- บันทึก วัน เวลา นำหนักรถยนต์ขึ้น และเซ็นชื่อ  
กำกับทุกครั้งทั้งทางพนักงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บ  
ขนมูลฝอยติดเชื้อ
- ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสาร  
ฉบับจริงคืนบริษัทฯ ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน  
ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงิน  
ค่าบริการ เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ  
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบนำหนักรถยนต์ขึ้นเรียบร้อยแล้วถูกต้องทุกประการ รวม 10,240 กก.



พอใจ



ควรปรับปรุง

ลงชื่อ กนกน พุ่มพวง (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

ข้อเสนอแนะ.....

ที่ กท ๑๑๐๓/จ. ๓๙๖๕



สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๓ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการให้บริการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน :

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมเก็บและขนส่งสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ และข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนส่งสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมเก็บและขนส่งสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติดังกล่าว และระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการรับเงินรายได้กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๐ ข้อ ๑๑ กำหนดว่าเช็คที่รับชำระเป็นรายได้กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นเช็คลงวันที่เจ้าหน้าที่รับชำระเช็คนั้นหรือก่อนวันนั้น ไม่เกิน ๓๐ วัน ห้ามรับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า

ในการนี้สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ขอแจ้งว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสถานที่ของท่านที่รับบริการเก็บและขนส่งมูลฝอยประจำเดือนสิงหาคม ๒๕๖๕ จำนวน ๑๑,๒๔๙ กิโลกรัม คิดเป็นค่าธรรมเนียมเก็บและขนส่งมูลฝอย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๕๔,๖๐๐.- บาท (ห้าหมื่นสี่พันหกร้อยบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าว ภายใน ๘ วัน โดยสามารถเลือกชำระผ่านช่องทางใดทางหนึ่ง ดังนี้

๑. ชำระด้วยเงินสดผ่านเจ้าหน้าที่จัดเก็บค่าธรรมเนียม หรือที่สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม
๒. เช็คขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ หากท่านไม่ดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมภายในกำหนด กรุงเทพมหานครมีความจำเป็นต้องดำเนินคดีตามขั้นตอนของกฎหมาย ต่อไป

ขอเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมตามที่แจ้ง

เลขที่ใบ	1173 2022
วันที่	28 SEP 2022
ชื่อ	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
	<input type="checkbox"/> รอง ผอ.รพ. สาธารณ
	<input type="checkbox"/> ...
ชื่อ	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการ
	<input type="checkbox"/> ...
	<input type="checkbox"/> ...
	<input type="checkbox"/> ...
ขอแสดงความนับถือ	
ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย	

ส่วนบริการจัดการมูลฝอย  
โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘  
โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๙

ขอแสดงความนับถือ

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

สำนักสิ่งแวดล้อม

รับ น. น. ...  
...  
...

ตรวจแล้ว

วันที่ ๒๘/๙/๒๕๖๕

๒๘/๙/๒๕๖๕

29 SEP 2022





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

จำกัด

แบบ กข-3

สิงหาคม 2565

ร. ....

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่รับรัก
1			
2	630	1830	ก
3			
4			
5	360	1740	ก
6	868	1750	ก
7			
8			
9	560	1830	ก
10			
11	560	2100	ก
12			
13	600	1920	ก
14	842	1830	ก
15	675	2100	ก
16			
17			
18	560	1950	ก
19	700	1910	ก
20			
21	770	19.30	ก
22	560	1830	ก
23			
24	560	20-20	ก
25	562	18-5	ก
26			
27	842	1830	ก
28			
29	700	2230	ก
30			
31	700	2030	ก
รวม	11,249		

หมายเหตุ

- บันทึก วัน เวลา น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ และเงินซื้อ  
กำกับทุกครั้งกับทางพนักงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บ  
ขนมูลฝอยติดเชื้อ
- ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสาร  
ฉบับจริงคืนบริษัทฯ ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน  
ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงิน  
ค่าบริการ เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ  
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยแล้วทุกประการ

รวม 11,249 กก.



พอใจ



ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ ว.พ.ท. น.พ.ท. (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)



ที่ กท ๑๑๐๓/จ. ๕๒๕๖

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑๑ ตุลาคม 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 ขอแจ้งว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสถานที่ของท่านที่รับบริการเก็บและขนมูลฝอยประจำเดือนกันยายน ๒๕๖๕ จำนวน ๑๑,๐๐๕ กิโลกรัม คิดเป็นค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๕๕,๒๐๐.- บาท (ห้าหมื่นห้าพันสองร้อยบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าว ภายใน ๘ วัน โดยสามารถเลือกชำระผ่านช่องทางใดทางหนึ่ง ดังนี้

๑. ชำระด้วยเงินสดผ่านเจ้าหน้าที่จัดเก็บค่าธรรมเนียม หรือที่สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม
๒. เช็คขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ หากท่านไม่ดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมภายในกำหนด กรุงเทพมหานครมีความจำเป็นต้องดำเนินคดีตามขั้นตอนของกฎหมาย ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมตามที่แจ้ง

ขอแสดงความนับถือ

ปิยาภาณวิวัฒน์ อ่อนเทศ

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

ักษารณในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
สำนักสิ่งแวดล้อม

เลขที่รับ 1234 2022	
วันที่ 18 OCT 2022	
เรียน	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
	<input type="checkbox"/> รอง ผอ.รพ. สาขการ
	<input checked="" type="checkbox"/> ผอ.ก.
เพื่อ	<input type="checkbox"/> พิจารณาสั่งการ <input type="checkbox"/> ลงนาม
	<input type="checkbox"/> รับทราบ <input type="checkbox"/> ดำเนินการ
	<input type="checkbox"/>
ขอแสดงความนับถือ	

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย  
ส่วนบริการจัดการมูลฝอย  
โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๕๓๘  
โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๕๓๙

ตรวจแล้ว

พ.พ.ท. น.วิเศษ 18/10/22 18/10/2022

5/5 (แทน)  
19/10/22



รหัสสถานพยาบาล...0061(สาย4)  
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน  
124 ถนนสุขุมวิท แขวงสุขุมวิท  
เขตบางรัก กทม.10500

จ จำกัด

แบบ กข-3

กันยายน 2565

โทร. ....

วันที่	น้ำหักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1			
2	840	19 00	H
3			
4	980	21 00	U
5	690	19 30	H
6			
7			
8	700	21 20	H
9			
10	840	19 00	H
11			
12	700	20 30	H
13			
14			
15	700	19 40	H
16	650	19 30	H
17			
18			
19	700	19 30	H
20	770	19 30	H
21			
22			
23	765	20 10	H
24	840	18 00	H
25			
26			
27	700	20 30	H
28	770	20 00	H
29			
30	630	20 00	H
31			
รวม	11,005		

หมายเหตุ

- บันทึก วัน เวลา น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ และเซ็นชื่อกำกับทุกครั้งทั้งทางพนักงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ
- ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสารฉบับจริงคืนบริษัทฯ ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือนทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงินค่าบริการ เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ  
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้



พอใจ



การปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ.....

รวม 11,005 กก.

ลงชื่อ วนทน ดิโนน (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)





ที่ กท ๑๑๐๓/จ.๕๓๖๒

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการให้บริการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน,

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ และข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๘ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติดังกล่าว และระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการรับเงินรายได้กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๐ ข้อ ๑๑ กำหนดว่าเช็คที่รับชำระเป็นรายได้กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นเช็คลงวันที่เจ้าหน้าที่รับชำระเช็คนั้นหรือก่อนวันนั้น ไม่เกิน ๓๐ วัน ห้ามรับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า

ในการนี้สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ขอแจ้งว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสถานที่ของท่านที่รับบริการเก็บและขนมูลฝอยประจำเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ จำนวน ๑๓,๐๗๕ กิโลกรัม คิดเป็นค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๖๓,๓๐๑.- บาท (หกหมื่นสามพันสามร้อยบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าว ภายใน ๘ วัน โดยสามารถเลือกชำระผ่านช่องทางใดทางหนึ่ง ดังนี้

๑. ชำระด้วยเงินสดผ่านเจ้าหน้าที่จัดเก็บค่าธรรมเนียม หรือที่สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม
๒. เช็คขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ หากท่านไม่ดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมภายในกำหนด กรุงเทพมหานครมีความจำเป็นต้องดำเนินคดีตามขั้นตอนของกฎหมาย ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมตามที่แจ้ง

ขอแสดงความนับถือ

เลขที่รับ 1377 2022	
วันที่ 22 NOV 2022	
เรียน	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> รอง ผอ.รพ. สาธารณ <input type="checkbox"/>
แจ้ง	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการ <input type="checkbox"/> ชงนาม <input type="checkbox"/> รับทราบ <input type="checkbox"/> ดำเนินการ <input type="checkbox"/>
ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย ส่วนบริการจัดการมูลฝอย โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๕๓๘ - ๙ โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๕๓๙	

นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ  
ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย  
และส่วนในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
สำนักสิ่งแวดล้อม

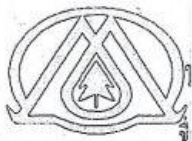
ได้ ณ น. น. + ม.วัน

23 NOV 2022

ตรวจแล้ว

ทพ.ท. ก.ก.ส.ท.  
21/11/2022

21/11/2022



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

จำกัด

ตุลาคม 2565

แบบ กข-3

กร. ....

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1	770	1330	H
2			
3			
4			
5	840	1930	H
6	770	1940	H
7			
8	970 910	1900	H
9	910	1940	H
10			
11			
12	840	20.10%	H
13			
14	840	1750	H
15			
16			
17	770	1930	H
18	840	1900	H
19			
20			
21	700	1940	A
22	840	1900	H
23			
24	700	1800	H
25	640	2030	H
26	490	2010	H
27			
28	630	1920	H
29			
30	700	1830	H
31	685	19.00	H
รวม	13,075		

#### หมายเหตุ

- บันทึก วัน เวลา น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ และเซ็นชื่อ  
กำกับทุกครั้งทั้งทางพนักงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บ  
ขนมูลฝอยติดเชื้อ
- ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสาร  
ฉบับจริงคืนบริษัทฯ ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน  
ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงิน  
ค่าบริการ เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ  
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยแล้วถูกต้องทุกประการ รวม 13,075 กก.



พอใจ



การปรับปรุง

ชื่อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ ว.พ.ท. น.พ.ท. (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)



ที่ กท ๑๑๐๗/จ.๔๕๓๔

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการให้บริการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตาม  
กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ และข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บ  
และขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๘ กำหนดให้ผู้มี  
หน้าที่เสียค่าธรรมเนียมเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตรา  
ค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติดังกล่าว และระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยการรับเงินรายได้กรุงเทพมหานคร  
พ.ศ. ๒๕๕๐ ข้อ ๑๑ กำหนดว่าเช็คที่รับชำระเป็นรายได้กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นเช็คลงวันที่เจ้าหน้าที่รับ  
ชำระเช็คนั้นหรือก่อนวันนั้น ไม่เกิน ๓๐ วัน ห้ามรับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า

ในการนี้สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ขอแจ้งว่าปริมาณมูลฝอย  
ติดเชื้อสถานที่ของท่านที่รับบริการเก็บและขนมูลฝอยประจำเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๕ จำนวน ๑๔,๓๑๕ กิโลกรัม  
คิดเป็นค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๗๑,๗๐๐.- บาท (เจ็ดหมื่นหนึ่งพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าว ภายใน ๘ วัน  
โดยสามารถเลือกชำระผ่านช่องทางใดทางหนึ่ง ดังนี้

๑. ชำระด้วยเงินสดผ่านเจ้าหน้าที่จัดเก็บค่าธรรมเนียม หรือที่สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม
๒. เช็คขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ หากท่านไม่ดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมภายในกำหนด กรุงเทพมหานครมีความ  
จำเป็นต้องดำเนินคดีตามขั้นตอนของกฎหมาย ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมตามที่แจ้ง

ขอแสดงความนับถือ

เลขที่รับ 15๐4 2022	
วันที่ 23 DEC 2022	
เรียน	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
	<input type="checkbox"/> รศ. ผอ.รพ. สาธารณ
	<input checked="" type="checkbox"/> ๘/๑๑๐
เพื่อ	<input type="checkbox"/> จักรณ/อำนวยการ
	<input type="checkbox"/> รันทวาน
	<input type="checkbox"/> คำเนินการ

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย

ส่วนบริการจัดการมูลฝอย

โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘ - ๕

โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๙

นายอรุณ วิเศษวงษา

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการสิ่งปฏิกูล  
และสิ่งปฏิกูล  
สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

To: Finance

ในตำแหน่งหัวหน้า

Mr. Pongkorn

6/12/23

ตรวจแล้ว

วันที่ 22/12/2022

Signature

22/12/2022





## บริษัท กรุงเทพมหานคร จำกัด

แบบ กข-3

ใบบันทึกน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ ประจำเดือน พฤศจิกายน 2565

ชื่อสถานพยาบาล ..... โทร. ....

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1	630	1830	ก
2			
3			
4	770	1920	ก
5	770	1820	ก
6			
7	840	1830	ก
8	700	1920	ก
9			
10	680	1920	ก
11	620	1820	ก
12			
13	720	1750	ก
14	620	1920	ก
15			
16	685	1730	ก
17	820	1720	ก
18			
19	680	1730	ก
20	1260	2100	ก
21			
22	190	2020	ก
23			
24			
25	700	2100	ก
26	770	1820	ก
27			
28			
29	840	1920	ก
30	1770	1800	ก
31			
รวม	14,315		

รหัสสถานพยาบาล...0061 (สาย 4)  
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน  
124 ถ.สีลม แขวงสุริยวงศ์  
เขตบางรัก กทม.10500

### หมายเหตุ

- บันทึก วัน เวลา น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ และเซ็นชื่อ  
กำกับทุกครั้งกับทางพนักงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บ  
ขนมูลฝอยติดเชื้อ
- ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสาร  
ฉบับจริงคืนบริษัทฯ ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน  
ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงิน  
ค่าบริการ เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ  
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยแล้วถูกต้องทุกประการ รวม 14,315 กก.

☒ พอใจ

☐ ควรปรับปรุง

ชื่อแผนก/แผน.....

ลงชื่อ..... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)



ที่ กท ๑๑๐๓/จ. ๑๖

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑๒ มกราคม ๒๕๖๖

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 ขอแจ้งว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสถานที่ของท่านที่รับบริการเก็บและขนมูลฝอยประจำเดือนธันวาคม ๒๕๖๕ จำนวน ๑๐,๕๑๖ กิโลกรัม คิดเป็นค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๕๑,๐๐๐- บาท (ห้าหมื่นหนึ่งพันบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าว ภายใน ๘ วัน โดยสามารถเลือกชำระผ่านช่องทางใดทางหนึ่ง ดังนี้

๑. ชำระด้วยเงินสดผ่านเจ้าหน้าที่จัดเก็บค่าธรรมเนียม หรือที่สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม
๒. เช็คขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ หากท่านไม่ดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมภายในกำหนด กรุงเทพมหานครมีความจำเป็นต้องดำเนินคดีตามขั้นตอนของกฎหมาย ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมตามที่แจ้ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายอรุณ วิเศษวงษา)

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการสิ่งปฏิกูล  
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
สำนักสิ่งแวดล้อม

กรุงเทพมหานครมีควม 111/2023	
วันที่ 25 JAN 2023	
ผู้รับ	<input type="checkbox"/> ผู้ประกอบการ/โรงพยาบาล
	<input type="checkbox"/> โรง คอ.รพ. สาธารณ...
	<input checked="" type="checkbox"/> มรท
เป็น	<input type="checkbox"/> ผู้จัดการ/เจ้ากรม
	<input type="checkbox"/> วิศวกร
	<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่
ขอแสดงความนับถือ	

ตรวจแล้ว

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย  
ส่วนบริการจัดการมูลฝอย  
โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘ - ๔  
โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๔

to. โทร. + โทรสาร

ให้ฝ่ายจัดการมูลฝอย

Handwritten signature and date 25/1/23

วันที่ 25/1/23

Handwritten signature and date 25/1/2023



## บริษัท กรุงเทพธนาคม จำกัด

แบบ กข-3

ใบบันทึกน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ ประจำเดือน ..... ธันวาคม 2565..

ชื่อสถานพยาบาล ..... โทร. ....

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1			
2			
3	840	1730	น
4	1260	2140	น
5			
6	560	1400	น
7			
8	532	1920	น
9			
10			
11	840	1700	น
12			
13	700	1950	น
14			
15			
16	700	1940	น
17	790	1800	น
18			
19	790	2030	น
20			
21			
22	840	1730	น
23			
24	842	1805	น
25			
26	560	1730	น
27			
28			
29	700	1720	น
30			
31	602	1710	น
รวม	10,516		

รหัสสถานพยาบาล...0061 (สาย 4)

โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

124 ถนนสุขุมวิท แขวงสุริยวงค์

เขตบางรัก กทม. 10500

### หมายเหตุ

- บันทึก วัน เวลา น้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ และเซ็นชื่อกำกับทุกครั้งที่ทางพนักงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ
- ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสารฉบับจริงคืนบริษัทฯ ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือนทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงินค่าบริการ เก็บขนมูลฝอยติดเชื้อจากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ  
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยแล้วถูกต้องทุกประการ รวม ..... 10,516 ..... กก.



พอใจ



ควรปรับปรุง

ลงชื่อ ..... น.น.น. (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

ชื่อสถานพยาบาล.....