



ที่ กท ๑๑๐๓/จก.๒๓๒๘

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม.๑๐๕๐๐

๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักรวมมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน มกราคม ๒๕๖๖ 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 และหากมีความประสงค์จะให้ไปปรับค่าธรรมเนียมฯ โปรดแจ้งได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘ - ๙ สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จะได้อบรมหมายเจ้าหน้าที่ไปจัดเก็บค่าธรรมเนียมฯ 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

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
สำนักสิ่งแวดล้อม

เลขที่รับ ๒๓๘, ๒๐๒๓	
วันที่ 20 FEB 2023	
ยื่น	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
	<input type="checkbox"/> รศ. รศ. รศ. สาธารณ
	<input checked="" type="checkbox"/> ๕๐๐
รับ	<input type="checkbox"/> ที่ขาด/จัดการ
	<input type="checkbox"/> รับทราบ
	<input type="checkbox"/> ดำเนินการ
ขอแสดงความนับถือ	

เพน นวนรัตนกุล/ร

ตรวจแล้ว

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย

โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘ - ๙

โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๙

เพื่อโปรดทราบ

รพ.กรุงเทพคริสเตียน  
16/2/2023

20/2/2023



ที่ กท ๑๑๐๗/จท. ๒๕๓๘

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม.๑๐๕๐๐

๔ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ 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 จะได้อบรมหมายเจ้าหน้าที่ไปจัดเก็บค่าธรรมเนียมฯ 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

เลขที่รับ 341, 2023	
วันที่ 15 MAR 2023	
เรียน	<input checked="" type="checkbox"/> ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
	<input type="checkbox"/> รอง ผอ.รพ. สาธารณ
	<input checked="" type="checkbox"/> ผอ.ก.
	<input type="checkbox"/>
เพื่อ	<input type="checkbox"/> พิจารณา/สั่งการ <input type="checkbox"/> ลงนาม
	<input type="checkbox"/> รับทราบ <input type="checkbox"/> ดำเนินการ
	<input type="checkbox"/>
ขอแสดงความนับถือ	
ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย	
โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘ - ๙	
โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๙	

Cr.  
(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)  
ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย  
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
สำนักสิ่งแวดล้อม

๐๙๓/๒๕๖๖.๑๖  
11๐๐๓๖๖๖๖.๖  
๑๖ มี.ค.๖๖

ตรวจแล้ว

๑๖ มี.ค. ๖๖  
15/3/2023

๑๖ มี.ค. ๖๖  
15/3/2023



ที่ กท ๑๑๐๓/จท.๒๕๕๙

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม.๑๐๕๐๐

๑๐ เมษายน ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักรวมมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน มีนาคม ๒๕๖๖ 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 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

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

ศึกษาธิการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

สำนักสิ่งแวดล้อม

หมายเลขเอกสารผู้จ่าย	
เลขที่รับ	๕๐๙, ๒๐๒๓
วันที่	24 APR 2023

เรียน <input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	
<input type="checkbox"/> รพ. ศ.รพ. ดาการ	
<input checked="" type="checkbox"/> รพ. ก.	
<input type="checkbox"/>	
เพื่อ <input type="checkbox"/> ท้องถิ่น/องค์กร	<input type="checkbox"/> งบฯ
<input type="checkbox"/> รับทราบ	<input type="checkbox"/> ดำเนินการ
ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย	
โทร. ๐ ๒๒๐๓-๒๙๓๘-๙	
ขอแสดงความนับถือ	
โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘	

รับ น.ร. ๒๕๖๖

ป.ก. ๒๕๖๖

24 APR 2023

ตรวจแล้ว

วิมล ๒๕๖๖

24/4/๒๕๖๖

24/4/2023



ที่ กท ๑๑๐๓/จก. ๒๖๖๐

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยหรือมูลฝอย  
ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือ  
มูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงาน  
จัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักรวมมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน  
เมษายน ๒๕๖๖ มีมูลฝอยไม่เกิน ๔ ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โดยคิดเป็นค่าธรรมเนียมฯ รวมเป็นจำนวนเงิน  
ทั้งสิ้น ๘,๐๐๐.- บาท (แปดพันบาทถ้วน)

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จึงประสานขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมฯ  
ตามรายการดังกล่าวข้างต้น ภายใน ๑๕ วัน นับจากได้รับหนังสือฉบับนี้ โดยชำระเป็นเงินสดหรือหากส่งจ่าย  
เป็นเช็คให้ขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม “ กรุงเทพมหานคร ” ได้ที่ ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย ส่วนบริการจัดการมูลฝอย  
สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ และหากมีความประสงค์  
จะให้ไปปรับค่าธรรมเนียมฯ โปรดแจ้งได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘ - ๙ สำนักงานจัดการมูลฝอย  
และสิ่งปฏิกูล จะได้มอบหมายเจ้าหน้าที่ไปจัดเก็บค่าธรรมเนียมฯ ดังกล่าวต่อไป

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมฯ ต่อไป

นางสาวณัฏฐ์ อ่อนเทศ	
เลขที่รับ	๖๖๒, ๒๐๒๓
วันที่	25 MAY 2023
เรื่อง	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> รพ. ศ.ร.ท. อ่อนเทศ <input checked="" type="checkbox"/> รพ. ๘๘๘
เพื่อ	<input type="checkbox"/> จัดการมูลฝอย <input type="checkbox"/> ขนมูลฝอย <input type="checkbox"/> รับทราบ <input type="checkbox"/> ดำเนินการ <input type="checkbox"/>
๒. ๒๒๐๓.๒๔๓๘-๙	

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย  
โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘ - ๙  
โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘

ขอแสดงความนับถือ

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

สำนักสิ่งแวดล้อม

เป็น ขอนัดให้ รพ. ๘๘๘

ให้ รพ. ๘๘๘

๒๙ พ.ค. ๒๕๖๓

ตรวจแล้ว

วิมล วัฒนา

๒๕/๕/๒๕๖๓



ที่ กท ๑๑๐๓/จท. ๒๗๗๖

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม.๑๐๕๐๐

๔ มิถุนายน ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๖ 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 และหากมีความประสงค์จะให้ไปรับชำระค่าธรรมเนียมฯ โปรดแจ้งได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๓ ๒๕๓๘ - 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

*Am*

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
สำนักสิ่งแวดล้อม

เลขที่รับ	756 / 2023
วันที่รับ	4 JUN 2023
ยื่น	<input type="checkbox"/> ผู้จำนวนการโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> รพ. ผอ.รพ. สายการ <input checked="" type="checkbox"/> <i>มอ.</i>
เช็ค	<input type="checkbox"/> ให้อาณา/สั่งการ <input type="checkbox"/> ลงนาม <input type="checkbox"/> รับทราบ <input type="checkbox"/> ดำเนินการ <input type="checkbox"/>

*Done / then inside 15 min  
Mohananon  
pr 14 Jun 2023*

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย  
โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๕๓๘ - ๙  
โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๕๓๙

**ตรวจแล้ว**  
*14/6/2023*  
*14/6/2023*

ที่ กท ๑๑๐๓/จ. ๕๖๗



สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

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  
ติดเชื้อสถานที่ของท่านที่รับบริการเก็บและขนมูลฝอยประจำเดือนมกราคม ๒๕๖๖ จำนวน ๘,๖๔๘ กิโลกรัม  
คิดเป็นค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๔๒,๐๐๐.- บาท (สี่หมื่นสองพันบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าว ภายใน ๘ วัน  
โดยสามารถเลือกชำระผ่านช่องทางใดช่องทางหนึ่ง ดังนี้

๑. ชำระด้วยเงินสดผ่านเจ้าหน้าที่จัดเก็บค่าธรรมเนียม หรือที่สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม
๒. เช็คขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ หากท่านไม่ดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมภายในกำหนด กรุงเทพมหานครมีความ  
จำเป็นต้องดำเนินการตามขั้นตอนของกฎหมาย ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมตามที่แจ้ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)  
ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย  
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
สำนักสิ่งแวดล้อม

แผนกส่วนงานผู้อำนวยความสะดวก	
เลขที่รับ	244 / 2023
วันที่	20 FEB 2023
เขียน	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> รอง ผอ.รพ. สาธารณ... <input checked="" type="checkbox"/> ผ.จ.ก. <input type="checkbox"/>
เก็บ	<input type="checkbox"/> จักรวรรดิ/จัดการ <input type="checkbox"/> ลงนาม <input type="checkbox"/> รับทราบ <input type="checkbox"/> ดำเนินการ <input type="checkbox"/>
ขอแสดงความนับถือ	

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย  
ส่วนบริการจัดการมูลฝอย  
โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘ - ๙  
โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๙

เรียน นพ.-ดว/ร.ย.

นพ.ไพโรจน์

๒๕ ก.พ. ๒๕๖๖

ตรวจแล้ว

ว.ก.ท. ผ.ก.ท. / ๑๖๖๑๐  
๒๐/๒/๒๐๒๓ ๒๐/๒/๒๐๒๓



ที่ กท ๑๑๐๓/จก. ๒๓๑๒

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๓) กรกฎาคม ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย  
ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือ  
มูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงาน  
จัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักรวมมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน  
มิถุนายน ๒๕๖๖ มีมูลฝอยไม่เกิน ๕ ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โดยคิดเป็นค่าธรรมเนียมฯ รวมเป็นจำนวนเงิน  
ทั้งสิ้น ๑๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จึงประสานขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมฯ  
ตามรายการดังกล่าวข้างต้น ภายใน ๑๕ วัน นับจากได้รับหนังสือฉบับนี้ โดยชำระเป็นเงินสดหรือหากส่งจ่าย  
เป็นเช็คให้ใช้ชื่อกรมและสั่งจ่ายในนาม “ กรุงเทพมหานคร ” ได้ที่ ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย ส่วนบริการจัดการมูลฝอย  
สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ และหากมีความประสงค์  
จะให้ไปรับค่าธรรมเนียมฯ โปรดแจ้งได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘ - ๙ สำนักงานจัดการมูลฝอย  
และสิ่งปฏิกูล จะได้มอบหมายเจ้าหน้าที่ไปจัดเก็บค่าธรรมเนียมฯ ดังกล่าวต่อไป

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมฯ ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

Cu

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
สำนักสิ่งแวดล้อม

050085 2023	
13 JUL 2023	
เมื่อ	<input checked="" type="checkbox"/> ผู้ว่าราชการในเขตเทศบาล
	<input type="checkbox"/> รอง ผอ.รพ. สาธารณ
	<input checked="" type="checkbox"/> ผอ.
เมื่อ	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการ
	<input type="checkbox"/> รองนายก
	<input type="checkbox"/> รับทราบ
	<input type="checkbox"/> ดำเนินการ

ตรวจแล้ว

วิมลพร ดงวัฒนา

13/7/2023

13/7/2023

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย

โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘ - ๙

โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๙



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

จำกัด

แบบ กข-3

.....มกราคม.2566..

กร. ....

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1			
2	350	1640	H
3			
4	490	1800	H
5			
6	630	1730	H
7			
8	630	1740	H
9			
10	490	1750	H
11			
12	490	1650	H
13			
14	630	18.00	H
15	518	1730	H
16			
17			
18	600	20.00	H
19			
20			
21	840	1830	H
22			
23	600	1910	H
24			
25			
26	450	2000	H
27	700	1900	H
28			
29	630	1810	H
30			
31	600	1910	H
รวม	8648		

หมายเหตุ

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

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ  
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยแล้วถูกต้องทุกประการ



พอใจ



ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ.....

รวม 8648 กก.

ลงชื่อ ..... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

ที่ กท ๑๑๐๓/จ. ๕๓๓



สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑๕ มีนาคม ๒๕๖๖

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  
ติดเชื้อสถานที่ของท่านที่รับบริการเก็บและขนมูลฝอยประจำเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ จำนวน ๖,๔๑๓ กิโลกรัม  
คิดเป็นค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๓๗,๒๐๐.- บาท (สามหมื่นเจ็ดพันสองร้อยบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าว ภายใน ๑๕ วัน  
โดยสามารถเลือกชำระผ่านช่องทางใดช่องทางหนึ่ง ดังนี้

๑. ชำระด้วยเงินสดผ่านเจ้าหน้าที่จัดเก็บค่าธรรมเนียม หรือที่สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม
๒. เช็คขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม กรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ หากท่านไม่ดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมภายในกำหนด กรุงเทพมหานครมีความ  
จำเป็นต้องดำเนินคดีตามขั้นตอนของกฎหมาย ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ในนาม กรุงเทพมหานคร / กรุงเทพมหานคร  
อธิบดีกรมการสุขาภิบาล

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)

ผู้อำนวยการส่วนบริหารจัดการมูลฝอย

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
สำนักสิ่งแวดล้อม

เลขที่รับ	389, 2023
วันที่	27 MAR 2023
เรื่อง	<input type="checkbox"/> ผู้ประกอบการแจ้งเรื่องขอรับใบ <input type="checkbox"/> รอง ผอ.รพ. สาธารณ <input checked="" type="checkbox"/> ภาษี
เพื่อ	<input type="checkbox"/> พิจารณา/แจ้งการ <input type="checkbox"/> ลงนาม <input type="checkbox"/> รับทราบ <input type="checkbox"/> ดำเนินการ <input type="checkbox"/>
ขอแสดงความนับถือ	
วันที่	

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย  
ส่วนบริหารจัดการมูลฝอย  
โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘ - ๙  
โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๙

ตรวจแล้ว

วิมลพร ดงเสนา  
๒๗/๓/๒๕๖๖

๒๗/๓/๒๕๖๖



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

1 จำกัด

แบบ กข-3

.....กุมภาพันธ์ 2566

โทร.....

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1			
2	555	1920	ห
3			
4	200	1900	ห
5	350	1920	ห
6			
7	490	1800	ห
8			
9	490	1800	ห
10			
11			
12	700	1800	ห
13			
14	490	1930	ห
15			
16	600	1900	ห
17			
18	600	1840	ห
19			
20	525	1840	ห
21			
22	400	1800	ห
23			
24			
25	770	1730	ห
26			
27	525	1910	ห
28			
29			
30			
31			
รวม	6,913		

หมายเหตุ

- บันทึก วัน เวลา น้ำหนักมูลฝอยคัดเชื้อ และเงินซื้อ  
กำกับทุกครั้งกับทางพนักงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บ  
ขนมูลฝอยคัดเชื้อ
- ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสาร  
ฉบับจริงคืนบริษัทฯ ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน  
ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงิน  
ค่าบริการ เก็บขนมูลฝอยคัดเชื้อจากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ  
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้



พอใจ



ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ.....

รวม 6,913 กก.

ลงชื่อ วัฒนพ วัฒนา (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

ที่ กท ๑๑๐๓/จ. ๑๑๐๑



สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑๘ เมษายน ๒๕๖๖

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  
ติดเชื้อสถานที่ของท่านที่รับบริการเก็บและขนมูลฝอยประจำเดือนมีนาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๙,๑๓๙ กิโลกรัม  
คิดเป็นค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๔๔,๔๐๐.- บาท (สี่หมื่นสี่พันสี่ร้อยบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าว ภายใน ๑๕ วัน  
โดยสามารถเลือกชำระผ่านช่องทางใดช่องทางหนึ่ง ดังนี้

๑. ชำระด้วยเงินสดผ่านเจ้าหน้าที่จัดเก็บค่าธรรมเนียม หรือที่สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม
๒. เช็คขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม กรุงเทพมหานคร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมต่อไป

สำนักงานสิ่งแวดล้อมกรุงเทพมหานคร	
เลขที่รับ	556, 9023
วันที่	3 MAY 2023
เรื่อง	<input type="checkbox"/> ผู้ดำเนินการโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> รอง ผอ.รพ. สาธารณ <input checked="" type="checkbox"/> ผอ.รพ.
ชื่อ	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการ/ผู้จัดการ <input type="checkbox"/> ออแกน <input type="checkbox"/> รับทราบ <input type="checkbox"/> ดำเนินการ <input type="checkbox"/>
ขอแสดงความนับถือ	
ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย	
ส่วนบริการจัดการมูลฝอย	
โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘ - ๙	
โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๙	

ขอแสดงความนับถือ

Cus.

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

สำนักสิ่งแวดล้อม

ตรวจแล้ว

ททท. ดินแดง/Linea.

Linea  
นาย ภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ  
ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย  
๑๖๖๖๖๖  
๑๖๖๖๖๖



## บริษัท กรุงเทพมหานคร จำกัด

แบบ กข-3

ใบบันทึกน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ ประจำเดือน ..... มีนาคม 2566 .....

ชื่อสถานพยาบาล ..... โทร. ....

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1	525	1920	พ
2			
3			
4	700	1810	พ
5			
6	590	1730	พ
7			
8	750	1850	พ
9			
10	780	1840	พ
11			
12	590	1840	พ
13			
14	600	1910	พ
15			
16	600	1950	พ
17			
18	630	1800	พ
19			
20	602	1810	พ
21			
22	620	1800	พ
23			
24	535	2000	พ
25			
26	560	1810	พ
27			
28	532.	1830	พ
29			
30	645	1840	พ
31			
รวม	9,139.		

รหัสสถานพยาบาล...0061 (สาย 4)  
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน  
124 ถนนสุขุมวิท แขวงสุริยวงค์  
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 9,139 กก.

☒ พอใจ

☐ ควรปรับปรุง

ลงชื่อ ..... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

ชื่อเสนอแนะ.....



ที่ กท ๑๑๐๓/จ. ๑๖๒๘

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๗๒ พฤษภาคม 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 ขอแจ้งว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อสถานที่ของท่านที่รับบริการเก็บและขนมูลฝอยประจำเดือนเมษายน ๒๕๖๖ จำนวน ๗,๓๒๕ กิโลกรัม คิดเป็นค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๓๖,๙๐๐.- บาท (สามหมื่นหกพันเก้าร้อยบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าว ภายใน ๑๕ วัน โดยสามารถเลือกชำระผ่านช่องทางช่องทางหนึ่ง ดังนี้

๑. ชำระด้วยเงินสดผ่านเจ้าหน้าที่จัดเก็บค่าธรรมเนียม หรือที่สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม
๒. เช็คขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม กรุงเทพมหานคร
๓. โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ เลขที่ ๖๘๘ - ๖ - ๐๐๑๐๔ - ๓ ชื่อบัญชี ค่าธรรมเนียมจัดการมูลฝอย สำนักสิ่งแวดล้อม และแจ้งเอกสารการโอนเงินมาที่จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ infect.b๕@yahoo.com เพื่อตรวจสอบและดำเนินการออกเอกสารการรับชำระค่าธรรมเนียม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมตามที่แจ้ง

ขอแสดงความนับถือ

เลขที่รับ ๖๐๙ ๒๐๒๓	
วันที่ 17 MAY 2023	
ยื่น	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
	<input type="checkbox"/> รอง ผอ.รพ. สาธารณ
	<input checked="" type="checkbox"/> ผ.ร.ก.
ฝ่ายเก็บมูลฝอย	<input type="checkbox"/> ลงนาม
ส่วนบริการจัดการมูลฝอย	<input type="checkbox"/> ลงนาม
โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๕๓๘ - ๕	
โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๕๓๙	

ขอแสดงความนับถือ

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

วิชาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

สำนักสิ่งแวดล้อม

19 เมษายน 2566

17/5/2023

ตรวจแล้ว

17/5/2023



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

ม จำกัด

แบบ กข-3

เมษายน 2566

โทร. ....

วันที่	น้ำหนักสิ่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1			
2	130	17:00	ก
3	350	18:00	ก
4			
5	630	18:40	ก
6			
7	420	17:10	ก
8			
9	490	17:30	ก
10			
11	420	18:40	ก
12			
13	350	18:30	ก
14			
15	300	18:30	ก
16			
17	490	17:40	ก
18			
19	490	17:50	ก
20			
21	560	18:00	ก
22			
23	315	17:40	ก
24			
25	360	17:10	ก
26			
27	560	17:15	ก
28			
29	560	18:30	ก
30			
31	7,328		
รวม			

#### หมายเหตุ

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

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ  
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยแล้วถูกต้องทุกประการ

รวม 7,328 กก.



พอใจ



ควรปรับปรุง

ลงชื่อ ..... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

ชื่อแผนก/คณะ.....



ที่ กท ๑๑๐๓/จ. ๑๕๘๘

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการให้บริการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

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

ในการนี้สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ขอแจ้งว่าปริมาณมูลฝอย  
ติดเชื้อสถานที่ของท่านที่รับบริการเก็บและขนมูลฝอยประจำเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๑๑,๕๙๒ กิโลกรัม  
คิดเป็นค่าธรรมเนียมเก็บและขนมูลฝอย เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๕๖,๑๐๐.- บาท (ห้าหมื่นหกพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน)

ดังนั้น จึงขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมตามรายการดังกล่าว ภายใน ๑๕ วัน  
โดยสามารถเลือกชำระผ่านช่องทางช่องทางหนึ่ง ดังนี้

๑. ชำระด้วยเงินสดผ่านเจ้าหน้าที่จัดเก็บค่าธรรมเนียม หรือที่สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม
๒. เช็คขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม กรุงเทพมหานคร
๓. โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาสาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ เลขที่ ๖๘๘ - ๖ - ๐๐๑๐๔ - ๓  
ชื่อบัญชี ค่าธรรมเนียมจัดการมูลฝอย สำนักสิ่งแวดล้อม และแจ้งเอกสารการโอนเงินมาที่จดหมายอิเล็กทรอนิกส์  
infect.๖๕@yahoo.com เพื่อตรวจสอบและดำเนินการออกเอกสารการรับชำระค่าธรรมเนียม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมตามที่แจ้ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล  
สำนักสิ่งแวดล้อม

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย

ส่วนบริการจัดการมูลฝอย

โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๕๓๘ - ๙

โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๕๓๙

เลขที่รับ	803 2023
วันที่	23 JUN 2023
ผู้รับ	<input checked="" type="checkbox"/> ผู้อำนวยการโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> รอง ผอ.รพ. สาธารณ <input checked="" type="checkbox"/> 601- <input type="checkbox"/>
ผู้ส่ง	<input type="checkbox"/> วิทยุคมนาคม <input type="checkbox"/> รับทราบ <input type="checkbox"/> ดำเนินการ <input type="checkbox"/>
ขอแสดงความนับถือ	

ตรวจแล้ว

นายกฯ พลเอก

23/6/2023

23/6/2023



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

จำกัด

แบบ กข-3

พฤษภาคม 2566

ว. ....

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1	700	1730	ห
2			
3	560	1830	ห
4			
5	728	1740	ห
6			
7	700	1730	ห
8			
9	630	1800	ห
10			
11	700	1800	ห
12			
13	770	1800	ห
14			
15	700	1830	ห
16			
17	770	1800	ห
18			
19	736	1910	ห
20			
21	770	1790	ห
22			
23	756	1810	ห
24			
25	770	1790	ห
26			
27	742	1800	ห
28			
29	770	1800	ห
30			
31	770	1800	ห
รวม	11,592		

#### หมายเหตุ

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

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ  
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

☒ พอใจ

☐ ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ.....

รวม 11,592 กก.

ลงชื่อ..... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)



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

1 จำกัด

แบบ กข-3

มิถุนายน 2566

ทว. ....

วันที่	น้ำหนักสุทธิ(กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1			
2	630	1700	พ
3			
4	770	1830	พ
5			
6	756	2010	พ
7			
8	770	1910	พ
9			
10	700	1750	พ
11			
12	700	1840	พ
13			
14	700	1840	พ
15			
16	630	1810	พ
17			
18	630	1720	พ
19			
20	770	2200	พ
21			
22	770	1910	พ
23			
24	742	1830	พ
25			
26	700	1915	พ
27			
28	630	1920	พ
29			
30	630	1850	พ
31			
รวม	10528		

#### 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 10528 กก.



พอใจ



ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ 7/11/66 พ.ก. (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)