

ที่ กท ๑๑๐๓/จท. ๓๒๖๑



สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๔ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักรวมมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน กันยายน ๒๕๖๖ มีมูลฝอยไม่เกิน ๕ ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โดยคิดเป็นค่าธรรมเนียมฯ รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จึงประสานขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมฯ ตามรายการดังกล่าวข้างต้น ภายใน ๑๕ วัน นับจากได้รับหนังสือฉบับนี้ โดยชำระเป็นเงินสดหรือหักส่งจ่ายเป็นเช็คให้ขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม “ กรุงเทพมหานคร - รับ (สำนัก) ” ได้ที่ ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย ส่วนบริการจัดการมูลฝอย สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ และหากมีความประสงค์จะให้ไปรับค่าธรรมเนียมฯ โปรดแจ้งได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘ - ๔ สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จะได้มอบหมายเจ้าหน้าที่ไปจัดเก็บค่าธรรมเนียมฯ ดังกล่าวต่อไป

อนึ่ง ตามระเบียบกรุงเทพมหานคร ว่าด้วยการรับเงินรายได้กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๐ ข้อ ๑๓ กำหนดว่า เช็คที่รับชำระเงินเป็นรายได้กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นเช็คลงวันที่ที่เจ้าหน้าที่รับชำระเช็คนั้นหรือก่อนวันนั้นไม่เกิน ๓๐ วัน สำหรับเช็คประเภท ก. ประเภท ข. ประเภท ค. ประเภท ง. ห้ามรับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมฯ ต่อไป

ตรวจแล้ว

รณพภ วัฒนาภ.
17/10/2023

17-10-2023

ขอแสดงความนับถือ

(นายท้าววิรัตน์ อ่อนเทศ)

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

ผู้แทนในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
สำนักสิ่งแวดล้อม

เป็น ๓๖๑๕๖๗๕๖

๑๐๑๐๑๐๑๐

๑๐๑๐๑๐๑๐

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย

โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘ - ๔

โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๔

เอกสารสำนักสิ่งแวดล้อม	
050574, 2023	
16 OCT 2023	
ชื่อ	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
	<input checked="" type="checkbox"/> รร. รพ. รพ. รพ.
	<input checked="" type="checkbox"/> รร. รพ. รพ. รพ.
ชื่อ	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการ
	<input type="checkbox"/> รร. รพ. รพ. รพ.
	<input type="checkbox"/> รร. รพ. รพ. รพ.
ขอแสดงความนับถือ	
วันที่	

ที่ กท ๑๑๐๓/รท. ๓๓๐๐



สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม.๑๐๔๐๐

๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหมักมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน ตุลาคม ๒๕๖๖ มีมูลฝอยไม่เกิน ๕ ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โดยคิดเป็นค่าธรรมเนียมฯ รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จึงประสานขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมฯ ตามรายการดังกล่าวข้างต้น ภายใน ๑๕ วัน นับจากได้รับหนังสือฉบับนี้ โดยชำระเป็นเงินสดหรือหักส่งจ่ายเป็นเช็คให้ขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม " กรุงเทพมหานคร - รับ (สำนัก) " ได้ที่ ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย ส่วนบริการจัดการมูลฝอย สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ และหากมีความประสงค์จะให้ไปรับค่าธรรมเนียมฯ โปรดแจ้งได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘ - ๙ สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จะได้มอบหมายเจ้าหน้าที่ไปจัดเก็บค่าธรรมเนียมฯ ดังกล่าวต่อไป

อนึ่ง ตามระเบียบกรุงเทพมหานคร ว่าด้วยการรับเงินรายได้กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๐ ข้อ ๓๓ กำหนดว่า เช็คที่รับชำระเป็นรายได้กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นเช็คลงวันที่ที่เจ้าหน้าที่รับชำระเช็คนั้นหรือก่อนวันนั้นไม่เกิน ๓๐ วัน สำหรับเช็คประเภท ก. ประเภท ข. ประเภท ค. ประเภท ง. ห้ามรับเช็คลงวันที่ล่วงหน้า

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมฯ ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

เจินเนต วัฒนาพรทิพย์
ผู้อำนวยการสำนักสิ่งแวดล้อม
๑๖/๑๑/๖๖

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)
ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
สำนักสิ่งแวดล้อม

ตรวจแล้ว

นายแพทย์ ส.พ.ค.

๓/๑๑/๖๖

๑๖/๑๑/๖๖

๑๖/๑๑/๖๖

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย

โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘ - ๙

โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๙

050737 2023	
15 NOV 2023	
ผู้รับ	<input type="checkbox"/> ผู้รับเอกสารโดยทางไปรษณีย์
	<input type="checkbox"/> โทร. ๐๒.๖๓. ๓๓๐๐๐
	<input checked="" type="checkbox"/> ๑๑๖
ผู้รับ	<input type="checkbox"/> ที่เรียน/องค์กร <input type="checkbox"/> อื่นๆ
	<input type="checkbox"/> รับทราบ <input type="checkbox"/> ดำเนินการ
ขอแสดงความขอบคุณ	

ที่ กท ๓๓๐๓/จท. ๓๕๓๘



สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักรวมมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๖ มีมูลฝอยไม่เกิน ๕ ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โดยคิดเป็นค่าธรรมเนียมฯ รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จึงประสานขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมฯ ตามรายการดังกล่าวข้างต้น ภายใน ๑๕ วัน นับจากได้รับหนังสือฉบับนี้ โดยชำระเป็นเงินสดหรือหากส่งจ่ายเป็นเช็คให้ขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม " กรุงเทพมหานคร - รับ (สำนัก) " ได้ที่ ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย ส่วนบริการจัดการมูลฝอย สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ และหากมีความประสงค์จะให้ปรับค่าธรรมเนียมฯ โปรดแจ้งได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘ - ๙ สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จะได้นำหมายเจ้าหน้าที่ไปจัดเก็บค่าธรรมเนียมฯ ดังกล่าวต่อไป

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมฯ ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

สำนักสิ่งแวดล้อม

ตรวจแล้ว

ร.ร.ร.ร. ร.ร.ร.ร.

๒๖/๑๒/๒๕๖๖

๒๖-๑๒-๒๕๖๖

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย

โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘ - ๙

โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๙

วันที่รับแจ้ง ๒๕๐๙/๑๘ ๒๐๒๓	
๒๑ DEC ๒๐๒๓	
ผู้รับแจ้ง	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
	<input type="checkbox"/> รอง ผอ.รพ. ฝ่ายบริหาร
	<input checked="" type="checkbox"/> ๔๒๙
ผู้แจ้ง	<input type="checkbox"/> คณะกรรมการ
	<input type="checkbox"/> ลงนาม
	<input type="checkbox"/> รับทราบ
	<input type="checkbox"/> ดำเนินการ
ขอแสดงความนับถือ	
วันที่	

ที่ กท ๑๓๐๗/จท. ๓๕๔๑



สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม.๑๐๔๐๐

๑๑ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย
ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือ
มูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงาน
จัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน
ธันวาคม ๒๕๖๖ มีมูลฝอยไม่เกิน ๕ ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โดยคิดเป็นค่าธรรมเนียมฯ รวมเป็นจำนวนเงิน
ทั้งสิ้น ๑๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จึงประสานขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมฯ
ตามรายการดังกล่าวข้างต้น ภายใน ๑๕ วัน นับจากได้รับหนังสือฉบับนี้ โดยชำระเป็นเงินสดหรือหักส่งจ่าย
เป็นเช็คให้ขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม " กรุงเทพมหานคร - รับ (สำนัก) " ได้ที่ ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย ส่วนบริการ
จัดการมูลฝอย สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒
และหากมีความประสงค์จะให้ไปรับค่าธรรมเนียมฯ โปรดแจ้งได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘ - ๙
สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จะได้ออบบหมายเจ้าหน้าที่ไปจัดเก็บค่าธรรมเนียมฯ 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

นาย ภิรมย์พันธุ์ / ภิรมย์พันธุ์

เพื่อติดต่อกับ

๑๖ ธ.ค. ๖๖

นายอนุวัฒน์ อ่อนเทศ

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

สำนักสิ่งแวดล้อม

ตรวจแล้ว

วิมล อดิศักดิ์

18/1/24

18/1/24

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย

โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘ - ๙

โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๙

OS0056 2024	
วันที่ 15 JAN 2024	
รับ	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
	<input type="checkbox"/> รอง ผอ.รพ. สาธารณ
	<input checked="" type="checkbox"/> ยว
ส่ง	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการ
	<input type="checkbox"/> ออกร
	<input type="checkbox"/> รับทราบ
	<input type="checkbox"/> ดำเนินการ
รองปลัดกรุงเทพมหานคร	



บริษัท กรุงเทพมหานคร จำกัด

แบบ กข-3

ใบบันทึกน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อ ประจำเดือน กรกฎาคม 2566

ชื่อสถานพยาบาล โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

วันที่	น้ำหนักตั้ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1			
2	700	1740	ก
3			
4	680	1930	ก
5			
6	680	1940	ก
7			
8	680	1840	ก
9			
10	680	1945	ก
11			
12	560	1930	ก
13			
14	615	1940	ก
15			
16	490	1730	ก
17			
18	546	1930	ก
19			
20	480	2020	ก
21			
22	672	1840	ก
23			
24	546	1910	ก
25			
26	332	1940	ก
27			
28	588	1800	ก
29			
30	574	1720	ก
31			
รวม	8,743		

หมายเหตุ

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

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยแล้วถูกต้องทุกประการ

รวม 8,743 กก.



พอใจ



ควรปรับปรุง

ลงชื่อ รพ.กรุงเทพคริสเตียน (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

ข้อเสนอแนะ.....



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

จำกัด

แบบ กข-3

สิงหาคม 2566

ทว.

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1	490	1730	ท
2			
3	374	2000	ท
4			
5	532	1830	ท
6			
7	490	1730	ท
8			
9	374	1910	ท
10			
11	574	20 00	วิธ
12			
13	630	18.00	วิธ
14			
15	490	18.40	วิธ
16			
17	416	21 00	วิธ
18			
19	449	18 30	วิธ
20			
21	476	18 55	วิธ
22			
23	462	19 50	วิธ
24			
25	464	19 20	ท
26			
27	540	17 40	ท
28			
29	497	18 90	ท
30			
31	1163	19 00	ท
รวม	8,051		

หมายเหตุ

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

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยแล้วทุกประการ

รวม 8,051 กก.

☒ พอใจ

☐ ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ วิธ (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นที่ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)



รหัสสถานพยาบาล...0061(สาข4)
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
124 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตย
เขตบางรัก กทม.10500

๒ จำกัด

แบบ กข-3

กันยายน 2566

โทร.

วันที่	น้ำหนักสิ่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่รับ
1			
2	504	1810	ก
3			
4	559	1800	ก
5			
6	540	1820	ก
7			
8	554	1840	ก
9			
10	555	1730	ก
11			
12	580	1700	ก
13			
14	536	1920	ก
15			
16	592	1810	ก
17			
18	573	1800	ก
19			
20	515	1830	ก
21			
22	512	1900	ก
23			
24	574	1720	ก
25			
26	544	1930	ก
27			
28	495	1830	ก
29			
30	525	1820	ก
31			
รวม	7,758		

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 7,758 กก.



พอใจ



ควรปรับปรุง

ชื่อเสนอแนะ

ลงชื่อ (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)



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

1 จำกัด

แบบ กข-3

ตุลาคม 2566

ท.ร.

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	พื้นที่รับผิดชอบ
1			
2	628	1750	ท
3			
4	460	1800	ท
5			
6	518	1830	ท
7			
8	649	1730	ท
9			
10	528	1810	ท
11			
12	510	1810	ท
13			
14	586	1750	ท
15		1800	
16	517	1810	ท
17			
18	670	1810	ท
19			
20	501	1830	ท
21			
22	647	1830	ท
23			
24	681	1730	ท
25			
26	694	1910	ท
27			
28	567	1830	ท
29			
30	655	1850	ท
31			
รวม	7811		

หมายเหตุ

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

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยแล้วทุกประการ

รวม 7811 กก.



พอใจ



ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ.....

ลงชื่อ..... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นที่ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)



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

จำกัด

แบบ กม-3

พฤษภาคม 2566

I.

วันที่	น้ำหนักสิ่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1	359	1800	ก
2			
3	054	1900	ค
4			
5	520	1815	ก
6			
7	345	2100	ก
8			
9	186	1850	ก
10			
11	177	1810	ก
12			
13	151	1840	ก
14			
15	150	1930	ก
16			
17	112	1850	ก
18			
19	171	1740	ก
20			
21	542	1910	ก
22			
23	510	1900	ก
24			
25	348	1740	ก
26			
27	120	1910	ก
28			
29	180	1840	ก
30			
31			
รวม	7,051		

หมายเหตุ

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

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยแล้วถูกต้องทุกประการ รวม 7,051 กก.

☒ พอใจ
☐ ควรปรับปรุง

ลงชื่อ... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

ชื่อเสนอแนะ.....

บริษัท กรุงเทพมหานคร จำกัด โทร. 02-726-0300 02 528 7874 , 082-475-2592 แฟกซ์ 0-2726-0301 ศูนย์ข้อมูล 081 151 3697 วารุณี 08 3157 5214 ฤทธิญา 08 9 135 9555



รหัสสถานพยาบาล...0061 (สาย 4)
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
124 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตย
เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

จำกัด

แบบ กษ-3

ธันวาคม 2566

ร.

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่บริษัท
1	600	18:30	ก
2			
3	561	18:00	ก
4			
5	635	18:00 น.	ก
6			
7	403	19:00	ก
8			
9	480	18:30	ก
10			
11	480	18:30	ก
12			
13	528	19:48	ก
14			
15	499	19:09	ก
16			
17	510	18:00	ก
18			
19	528	19:08	ก
20			
21	583	19:16	ก
22			
23	598	19:09	ก
24			
25	427	19:06	ก
26			
27	529	19:00	ก
28			
29	568	18:23	ก
30			
31	388	18:11	
รวม	8,313		

หมายเหตุ

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

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อเรียบร้อยแล้วถูกต้องทุกประการ

รวม 8,313 กก.

☒ พอใจ

☐ ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ

ลงชื่อ (ลงนาม) (ผู้ส่งมอบ)
(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)