

ที่ กท ๑๑๐๗/จก. ๑๐๐



สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักรวมของมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน มกราคม ๒๕๖๗ มีมูลฝอยไม่เกิน ๕ ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โดยคิดเป็นค่าธรรมเนียมฯ รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๓๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จึงประสานขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมฯ ตามรายการดังกล่าวข้างต้น ภายใน ๑๕ วัน นับจากได้รับหนังสือฉบับนี้ โดยชำระเป็นเงินสดหรือหักส่งจ่ายเป็นเช็คให้ขีดพร้อมและสั่งจ่ายในนาม " กรุงเทพมหานคร - รับ (สำนัก) " ได้ที่ ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย ส่วนบริการจัดการมูลฝอย สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ และหากมีความประสงค์จะให้ปรับชำระหนี้มา โปรดแจ้งได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘ - ๔ 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

ทบทวน/
เสนอให้ดำเนินการต่อไป
ให้ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย
เพื่อไปเก็บค่าเสีย
๓ ม. ๒๕๖๗

ขอแสดงความนับถือ

๑

วิมลภาณุวัฒน์ ยืนยง

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
สำนักสิ่งแวดล้อม

050344/2024	
19 FEB 2024	
ผู้ได้รับเอกสารนี้เพื่อทราบ	<input type="checkbox"/>
รวม ต่อจาก สาธารณ	<input checked="" type="checkbox"/>
ผู้ได้รับเอกสารนี้เพื่อทราบ	<input type="checkbox"/>
พิจารณา	<input type="checkbox"/>
พิจารณา	<input type="checkbox"/>
พิจารณา	<input type="checkbox"/>
พิจารณา	<input type="checkbox"/>
ขอแสดงความนับถือ	

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย
โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘ - ๔

ที่ กท ๓๓๐๓/จท. ๑๒๑



สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม.๑๐๔๐๐

๑๑ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักรวมมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ มีมูลฝอยไม่เกิน ๕ ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โดยคิดเป็นค่าธรรมเนียมฯ รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

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

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมฯ ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

นายอนุวัฒน์ อ่อนเทศ

๑๑

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

(นายอนุวัฒน์ อ่อนเทศ)

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักสิ่งแวดล้อมและสิ่งปฏิกูล

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

15/3/2567

ตรวจแล้ว

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย

15/3/2567

โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘ - ๙

โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๙

15/3/2567

050456 2024	
14 MAR 2024	
เมื่อ	<input type="checkbox"/> ผู้ควบคุมการปฏิบัติงาน
	<input type="checkbox"/> รว. รว. รว. รว. รว.
	<input checked="" type="checkbox"/> อื่นๆ
เมื่อ	<input type="checkbox"/> ตรวจสอบเอกสาร
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ
	<input type="checkbox"/> ตรวจสอบ
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ
ขอแสดงความนับถือ	

ที่ กท ๑๑๐๗/วท. ๒๕๖



สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๕๐๐

๕ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย
ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือ
มูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในข้อบัญญัติค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงาน
จัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน
มีนาคม ๒๕๖๗ มีมูลฝอยไม่เกิน ๕ ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โดยคิดเป็นค่าธรรมเนียมฯ รวมเป็นจำนวนเงิน
ทั้งสิ้น ๑๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

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

ผอ. ฝ่ายโยธา/ฝ่ายโยธา
เพื่อไปมอบ/ส่งมอบ
๒๑ เม.ย. ๒๕๖๗

นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ
ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย
มีบทบาทในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
สำนักสิ่งแวดล้อม

กรุงเทพมหานคร	
050620 2024	
19 APR 2024	
ยื่น	<input type="checkbox"/> จำนวนการร้องเรียน
	<input type="checkbox"/> ร้อง ผอ.วท. ยานการ
	<input checked="" type="checkbox"/> ผอ.ส.
ถือ	<input type="checkbox"/> พิจารณาเชิงการ
	<input type="checkbox"/> ยื่นทราบ
	<input type="checkbox"/> ดำเนินการ
ขอเสนอแนะเพิ่มเติม	
วันที่	

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

ที่ กท ๑๑๐๗/จท. ๓๗๒



สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๕๐๐

๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในข้อบัญญัติค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักรวมมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน เมษายน ๒๕๖๗ มีมูลฝอยไม่เกิน ๕ ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โดยคิดเป็นค่าธรรมเนียมฯ รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จึงประสานขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมฯ ตามรายการดังกล่าวข้างต้น ภายใน ๑๕ วัน นับจากได้รับหนังสือฉบับนี้ โดยชำระเป็นเงินสดหรือหักส่งจ่าย เป็นเช็คให้ขีดคร่อมและสั่งจ่ายในนาม " กรุงเทพมหานคร - รับ (สำนัก) " ได้ที่ ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย ส่วนบริการจัดการมูลฝอย สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ และหากมีความประสงค์จะให้ปรับค่าธรรมเนียมฯ 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

๐

นาย อนุชิต วัฒนศิริ
นายกเทศมนตรี
14/5/24

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทศ)

ผู้อำนวยการส่วนบริหารจัดการมูลฝอย

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

สำนักสิ่งแวดล้อม

ตรวจแล้ว

ทศพร

15.5.24

15/5/2024

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย

โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๘ - ๙

โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๙๓๙

เลขที่รับ 050749/2024	
วันที่ 13 MAY 2024	
ยื่น	<input type="checkbox"/> ผู้ดูแลอาคารโรงพยาบาล
	<input type="checkbox"/> รพ. รพ.ร. ส.รพ.
	<input checked="" type="checkbox"/> ๘/๗๙
ถือ	<input type="checkbox"/> ที่จอดรถแจ้งกร
	<input type="checkbox"/> รับทราบ
	<input type="checkbox"/> ต้นเนิน
	<input type="checkbox"/> ต้นเนิน
ขอสงวนความลับ	



ที่ กท ๑๐๐๗/๑๓. ๕๕๕

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม.๑๐๔๐๐

๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนส่งสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือ มูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงาน จัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีมูลฝอยไม่เกิน ๕ ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โดยคิดเป็นค่าธรรมเนียมฯ รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๓๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ซึ่งประสานขอความร่วมมือทำได้ไปกระทรวงสาธารณสุข ตามรายการดังกล่าวข้างต้น ภายใน ๑๕ วัน นับจากได้รับหนังสือฉบับนี้ โดยชำระเป็นเงินสดหรือหักส่งจ่าย เป็นเช็คให้ที่ศรพร้อมและส่งจ่ายในนาม " กรุงเทพมหานคร - รั้ว (สำนัก) " ได้ที่ ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย ส่วนบริการ จัดการมูลฝอย สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒ และหากมีความประสงค์จะขอให้ปรับค่าธรรมเนียมไป โปรดแจ้งได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๓ ๒๔๓๘ - ๙ สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จะได้อนุมัติเจ้าหน้าที่ไปจัดเก็บค่าธรรมเนียม ดังกล่าวต่อไป

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมฯ ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

เรียน พล. พิชิตพงษ์
ผู้บัญชาการตำรวจ

25/6/24

(นายภาณุวัฒน์ ช่อมนเทศ)

ผู้ให้บริการด้านการเงิน

วิชาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการการขนส่งและจราจร
สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

สำนักงานพัฒนาพลังงานทดแทน

ជ្រាបរក្សាបង្កើនផល

ត្រូវ ០ ខែ០០៣ ខែ០០៣ - ៩

โทรสาร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๕๓๕

ตรวจแล้ว

[illegible]

ที่ กท ๑๑๐๗/จก.๖๒๒



สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
๑๒๓ ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กทม. ๑๐๔๐๐

๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งให้ชำระค่าธรรมเนียมการเก็บและขนมูลฝอยทั่วไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน

ตามข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บและขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอย
ว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๖ กำหนดให้ผู้มีหน้าที่เสียค่าธรรมเนียมการให้บริการจัดเก็บสิ่งปฏิกูลหรือ
มูลฝอยชำระค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในบัญชีอัตราค่าธรรมเนียมท้ายข้อบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงาน
จัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ได้ประเมินปริมาณน้ำหนักรวมมูลฝอยจากโรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน ประจำเดือน
มิถุนายน ๒๕๖๗ มีมูลฝอยไม่เกิน ๕ ลูกบาศก์เมตรต่อวัน โดยคิดเป็นค่าธรรมเนียมฯ รวมเป็นจำนวนเงิน
ทั้งสิ้น ๓๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จึงประสานขอความร่วมมือท่านได้โปรดชำระค่าธรรมเนียมฯ
ตามรายการดังกล่าวข้างต้น ภายใน ๑๕ วัน นับจากได้รับหนังสือฉบับนี้ โดยชำระเป็นเงินสดหรือหากส่งจ่าย
เป็นเช็คให้ขีดพร้อมและสั่งจ่ายในนาม " กรุงเทพมหานคร - รับ (สำนัก) " ได้ที่ ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย ส่วนบริการ
จัดการมูลฝอย สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล สำนักสิ่งแวดล้อม ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร ๒
และหากมีความประสงค์จะไปปรับค่าธรรมเนียมฯ โปรดแจ้งได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๒๐๓ ๒๐๙๘ - ๘
สำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล จะได้อนุมัติเจ้าหน้าที่ไปจัดเก็บค่าธรรมเนียมฯ ดังกล่าวต่อไป

อนึ่ง ตามระเบียบกรุงเทพมหานคร ว่าด้วยการรับเงินรายได้กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๐
ข้อ ๓๓ กำหนดว่า เช็คที่รับชำระเงินเป็นรายได้กรุงเทพมหานคร ต้องเป็นเช็คลงวันที่ที่เจ้าหน้าที่รับชำระ
เช็คนั้นหรือก่อนวันนั้นไม่เกิน ๓๐ วัน สำหรับเช็คประเภท ก. ประเภท ข. ประเภท ค. ประเภท ง. ห้ามรับเช็ค
ลงวันที่ล่วงหน้า

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการชำระค่าธรรมเนียมฯ ต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

ตรวจแล้ว

นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทพ

(นายภาณุวัฒน์ อ่อนเทพ)

ผู้อำนวยการส่วนบริการจัดการมูลฝอย

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

สำนักสิ่งแวดล้อม

เลขที่ ๐๕๑๑๖, ๒๐๒๔	
วันที่ 15 มิ.ย. 2024	
ผู้รับ	<input checked="" type="checkbox"/> ผู้อำนวยการเขต
	<input type="checkbox"/> รพ. หรือ สถาน
	<input checked="" type="checkbox"/> อื่น
ผู้รับ	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการ
	<input type="checkbox"/> ขยาย
	<input type="checkbox"/> รับทราบ
	<input type="checkbox"/> อื่น
ขอส่งเอกสารนี้	

ฝ่ายเก็บขนมูลฝอย

โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๒๐๙๘ - ๘

โทรสาร ๐ ๒๒๐๓ ๒๐๙๘ - ๘

แจ้ง คนฟ. จ. น. ก. ก. ก. ก.



รหัสสถานพยาบาล...0081 (สาย 4)
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
124 ถ.สีลม แขวงสุริยวงศ์
เขตบางรัก กทม. 10500

ม จำกัด

แบบ กข-3

มกราคม 2567

โทร.

วันที่	น้ำดื่ม (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่รับใช้
1			
2	291	17.50	ก
3			
4	578	19.00	ก
5			
6	698	18.12	ก
7			
8	581	19.00	ก
9			
10	604	20.00	ก
11			
12	732	18.44	ก
13			
14	599	18.20	ก
15			
16	546	18.30	ก
17			
18	596	19.00	ก
19			
20	572	18.30	ก
21			
22	518	18.30	ก
23			
24	512	19.00	ก
25			
26	599	19.00	ก
27			
28	411	16.4	ก
29			
30	547	19.10	ก
31			
รวม	8,456		

หมายเหตุ

- บันทึก วัน เวลา น้ำดื่มที่มอดิตและเซ็นชื่อ
กำกับทุกครั้งกับทางทีมงานของบริษัฯ เข้าไปเก็บ
นมมอดิตและเซ็นชื่อ
- ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสาร
ฉบับจริงคืนบริษัทฯ ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน
ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงิน
ค่าบริการ เก็บนมมอดิตและเซ็นชื่อจากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าให้ส่งมอบน้ำดื่มมอดิตและเซ็นชื่อเรียบร้อยแล้วทุกประการ รวม 8,456 กก.

☒ พอใจ
☐ ควรปรับปรุง

ลงชื่อ..... (ผู้ส่งมอบ)
(ลายเซ็นที่ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

ชื่อเสนอแนะ.....



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

ม จำกัด

แบบ กข-3

กุมภาพันธ์ 2567

15

โทร.

วันที่	น้ำดื่ม (ก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่รับใช้
1	508	19-30	พ
2			
3	530	19-23	พ
4			
5	456	19-20	พ
6			
7	561	20-10	พ
8			
9	534	18-40	พ
10	L		
11	430	18-36	พ
12			
13	518	19-00	พ
14			
15	426	19-10	พ
16			
17	481	18-35	พ
18			
19	597	19-00	พ
20			
21	1147	19-30	พ
22			
23	506	19-00	พ
24			
25	571	18-31	พ
26			
27	581	19-10	พ
28			
29	452	19-00	พ
30			
31			
รวม	7,645		

หมายเหตุ

- บันทึก วัน เวลา น้ำดื่มที่ส่งมอบ และเงินซื้อ
กำกับทุกครั้งทางพนักงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บ
น้ำดื่มที่ส่งมอบ
- ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสาร
ฉบับจริงคืนบริษัทฯ ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน
ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประ โษชน์ในการเรียกเก็บเงิน
ค่าบริการ เก็บเงินที่ส่งมอบคืนจากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมอบอำนาจจากผู้ส่งมอบเรียบร้อยแล้วทุกประการ

รวม 7,645 ก.



พอใจ



ควรปรับปรุง

ชื่อและนามสกุล.....

ลงชื่อ..... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

รายงานผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม
และมาตรการติดตามตรวจสอบคุณภาพสิ่งแวดล้อม

โครงการ โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน (ส่วนขยาย)
ระหว่าง เดือน มกราคม – มิถุนายน 2567



รหัสสถานพยาบาล...0001(สาย4)
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
124 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตย
เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10500

จำกัด

มีนาคม 2567

แบบ กบ-3

ก.

วันที่	น้ำหนักส่ง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ
1			
2	592	18.35	ก
3			
4	496	17.32	ก
5			
6	632	18.11	ก
7			
8	541	18.38	ก
9			
10	472	17.42	ก
11			
12	492	18.54	ก
13			
14	51A	19.00	ก
15			
16	421	18.26	ก
17			
18	405	17.47	ก
19			
20	412	18.40	ก
21			
22	513	19.22	ก
23			
24	481	17.47	ก
25			
26	526	19.00	ก
27			
28	500	18.50	ก
29			
30	510	18.20	ก
31			
รวม	7,512		

หมายเหตุ

- บันทึก วัน เวลา น้ำหนักผู้ส่งต่อเชื้อ และเงินเชื้อ
กำกับทุกครั้งทางพนักงานของวิสาหกิจเพื่อสังคม
ขบวนการเพื่อสังคม
- งเงินผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสาร
ฉบับจริงคืนบริษัท ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน
ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงิน
ค่าบริการ เก็บเงินผู้ส่งต่อเชื้อจากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ
กับทางวิสาหกิจ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักผู้ส่งต่อเชื้อเรียบร้อยแล้วทุกประการ รวม 7,512 กก.



พอใจ



ควรปรับปรุง

ชื่อและนามสกุล.....

ลงชื่อ..... (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

บริษัท กรุงเทพคริสเตียน จำกัด โทร. 02-726-8388 ถึง 328 7674 , 02-475-2592 , 0-2726-8388 ศูนย์ข้อมูล 081 651 3697 11211 08 3157 8214 ศูนย์ดูแล 08 9 135 9555



รหัสสถานพยาบาล...0061(ฝ่าย4)
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
124 ถนนสุขุมวิท แขวงสุขุมวิท
เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

จำกัด

เมษายน 2567

แบบ กข-3

วันที่	น้ำดื่ม (กก.)	เวลา	ค่าไฟฟ้า
1	366	17.49	
2		18.29	
3	469	18.29	
4			
5	426	17.30	
6			
7	459	17.49	
8			
9	492	18.18	
10			
11	+ 459	18.09	
12			
13	547	17.92	
14			
15	391	16.50	
16			
17	456	18.00	
18			
19	532	18.08	
20			
21	419	16.55	
22			
23	528	16.53	
24			
25	495	17.30	
26			
27	419	15.42	
28			
29	554	18.55	
30			
31			
รวม	7008		

หมายเหตุ

- บันทึก วัน เวลา น้ำหนักของผลิตภัณฑ์ และเซ็นเซอร์
กำกับทุกครั้งที่มาปฏิบัติงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บ
ข้อมูลผลิตภัณฑ์
- ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสาร
ฉบับจริงคืนบริษัทฯ ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน
ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงิน
ค่าบริการ เก็บข้อมูลผลิตภัณฑ์จากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ขออภัยล่วงหน้า

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้รับมอบอำนาจจากบริษัทฯ ให้ปฏิบัติงานตรวจสอบและเก็บข้อมูลผลิตภัณฑ์

รวม 7008 กก.

☒ พอใจ
☐ ควรปรับปรุง

ชื่อเสนอแนะ

ลงชื่อ... พ.อ.ดร. พ.อ.พ. พ.อ.พ. (ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)



รหัสสถานพยาบาล...0061(สาย4)
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
124 ถนนสุขุมวิท แขวงคลองเตย
เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10500

1. จำกัค

พฤษภาคม 2567

โทร.

แบบ กข-3

วันที่	น้ำดื่ม (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่รับใช้
1	691	17.30	...
2			
3	379	16.35	...
4			
5	456	15.40	...
6			
7	503	18.36	...
8			
9	564	19.00	...
10			
11	675	18.08	...
12			
13	454	19.00	...
14			
15	461	19.30	...
16			
17	1526	19.30	...
18			
19	422	17.50	...
20			
21	465	19.10	...
22			
23	466	19.20	...
24			
25	419	18.40	...
26			
27	423	17.54	...
28			
29	441	19.10	...
30			
31	236	14.40	...
รวม	7,663		

หมายเหตุ

- บันทึก วัน เวลา น้ำดื่มที่ออกให้ และเงินซื้อ
กำกับทุกครั้งทั้งพนักงานของบริษัฯ เข้าไปเก็บ
ขมู่ออกให้
- ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสาร
ฉบับจริงคืนบริษัท ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน
ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงิน
ค่าบริการ เก็บขมู่ออกให้จากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ
กับทางบริษัท มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำดื่มที่ออกให้เรียบร้อยแล้วถูกต้องทุกประการ

รวม 7,663 กก.

☒ พอใจ
☐ ควรปรับปรุง

ลงชื่อ อนุชิต ทรัพย์ทวี (ผู้ส่งมอบ)

(อาชื่อนี้ผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)

ชื่อเสนอแนะ.....



รหัสสถานพยาบาล...0061 (สาย 4)
โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
124 ถนนสีลม แขวงสุริยวงค์
เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

ม จำกัด

แบบ กข-3

มิถุนายน 2567

โทร.

วันที่	น้ำหนักร่าง (กก.)	เวลา	เจ้าหน้าที่วัด
1			
2	576	19.50	พ
3			
4	462	18.00	พ
5			
6	449	17.30	พ
7			
8	560	18.10	พ
9			
10	521	18.30	พ
11			
12	453	19.00	พ
13			
14	519	19.30	พ
15			
16	557	17.59	พ
17			
18	548	18.35	พ
19			
20	565	19.00	พ
21			
22	442	19.10	พ
23			
24	517	18.00	พ
25			
26	465	20.10	พ
27			
28	560	19.30	พ
29			
30	583	18.40	พ
31			
รวม	7,782		

หมายเหตุ

- บันทึก วัน เวลา น้ำหนักผู้ผลิตเชื้อ และเซ็นชื่อ
กำกับทุกครั้งทั้งทางพนักงานของบริษัทฯ เข้าไปเก็บ
ข้อมูลผู้ผลิตเชื้อ
- ลงชื่อผู้ได้รับมอบอำนาจทุกครั้งก่อนส่งเอกสาร
ฉบับจริงคืนบริษัทฯ ก่อนวันที่ 3 ของทุกเดือน
ทางไปรษณีย์ เพื่อผลประโยชน์ในการเรียกเก็บเงิน
ค่าบริการ เก็บข้อมูลผู้ผลิตเชื้อจากท่าน

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือ
กับทางบริษัทฯ มา ณ โอกาสนี้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ส่งมอบน้ำหนักผู้ผลิตเชื้อเรียบร้อยแล้วถูกต้องทุกประการ รวม 7,782 กก.



พอใจ



ควรปรับปรุง

ชื่อและนามสกุล.....

ลงชื่อ.....

[Signature]

(ผู้ส่งมอบ)

(ลายเซ็นผู้ได้รับมอบอำนาจของโรงพยาบาล)