

เอกสารแนบ 3

ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล
และใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

270903

ส.พ. ๗



ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

ใบอนุญาต

ใบอนุญาตที่ ๑๐๒๐๑๐๐๐๔๖๕ (ใบอนุญาตเดิมเลขที่ ๑๐๒๐๑๐๐๐๔๖๑)

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่
บริษัท สิ้นแพทย์ เสรีรักษ์ จำกัด

เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภท **ที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน**
ลักษณะสถานพยาบาล **โรงพยาบาลทั่วไป** จำนวนเตียง **๒๓๘** เตียง
ณ สถานพยาบาลชื่อ **โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่สิ้นแพทย์เสรีรักษ์**
ตั้งอยู่เลขที่ **๔๔** หมู่ที่ **-**
ซอย/ตรอก **-** ถนน **เสรีไทย**
ตำบล/แขวง **มีนบุรี** อำเภอ/เขต **มีนบุรี** จังหวัด **กรุงเทพมหานคร**
รหัสไปรษณีย์ **๑๐๕๑๐** โทรศัพท์ **๐ ๒๗๖๑ ๙๘๘๘**
วัน/เวลาเปิดทำการ **ตลอด ๒๔ ชั่วโมง**

บริการที่จัดให้มีเพิ่มเติม

บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม บริการทันตกรรมเด็ก บริการศูนย์บำบัดด้วยออกซิเจน
ความดันสูง บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ บริการสวนหัวใจ

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๗๐ และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่
ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่ ๓ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
ใบอนุญาตให้ไว้ ณ วันที่ ๑๓/๑๒/๒๕๖๕ พ.ศ. ๒๕๖๕



คำเตือน

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงประกอบกิจการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่า เป็นการ
ประกอบกิจการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งให้บรรดาสสิ่ง
ของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. ๒๕๕๙)

ผู้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ต้องมาชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาลประจำปี ภายในวันที่ ๓๑ ธันวาคม
ของทุกปี หากไม่ชำระภายในกำหนด จะต้องชำระเงินเพิ่มร้อยละห้าต่อเดือนและอาจถูกปิดสถานพยาบาลได้ตามมาตรา ๔๙ และมาตรา ๕๐

270667

ส.พ. ๑๙



ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

ใบอนุญาตที่ **ด.๑๐๒๐๑๐๑๓๖๕** (ใบอนุญาตเดิมเลขที่ **ด.๑๐๒๐๑๐๐๕๕๖๒**)
 ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้แก่
นายแพทย์อุทัย ตันศลารักษ์
 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ **เวชกรรม** เลขที่ **๙๑๓๘**
 วันที่ออกใบอนุญาต **๑๐ เมษายน ๒๕๖๓** เพื่อแสดงว่าเป็นผู้ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการ
 ณ สถานพยาบาล ชื่อ **โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่สินแพทย์เสรีรักษ์** ประเภท **ที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน**
 จำนวนเตียง **๒๓๘** เตียง ลักษณะสถานพยาบาล **โรงพยาบาลทั่วไป**
 ตั้งอยู่เลขที่ **๔๔** หมู่ที่ **-**
 ซอย/ตรอก **-** ถนน **เสรีไทย** ตำบล/แขวง **มินบุรี**
 อำเภอ/เขต **มินบุรี** จังหวัด **กรุงเทพมหานคร** รหัสไปรษณีย์ **๑๐๕๑๐**
 โทรศัพท์ **๐ ๒๗๖๑ ๙๘๘๘** โทรสาร **๐ ๒๕๐๗ ๔๑๒๕** ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ **www.synphaet.co.th/seriruk**
 วัน/เวลาทำการ **ตลอด ๒๔ ชั่วโมง**

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ **๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕** และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่
 ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น
 ให้ไว้ ณ วันที่ **๓** เดือน **พฤษภาคม** พ.ศ. **๒๕๖๕**

รายการต่ออายุใบอนุญาต

๑. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม

๒. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม

๓. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม

๔. วันสิ้นอายุให้ใช้ได้จนถึง วันที่ ๓๑ ธันวาคม

คำเตือน

โปรดนำใบอนุญาตไปต่ออายุใบอนุญาตก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ หากขาดต่ออายุใบอนุญาตและยังคงดำเนินการสถานพยาบาลต่อไป ถือว่า เป็น
 การดำเนินการสถานพยาบาลโดยไม่ได้รับอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปีหรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ และ ศาลจะสั่งให้ริบ
 บรรดาสั่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้ (มาตรา ๕๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑)