

คำร้องขอรับบริการดูไขมัน

สำนักงานเขตดินแดง

หมายเลขสัญญา.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า..... บริษัท / ห้าง / ร้าน

เลขที่..... หมู่บ้าน..... ซอย ถนน

สถานที่ใกล้เคียง.....

มีความประสงค์ขอให้กรุงเทพมหานคร ทำการดูไขมัน ณ อาคารสถานที่ดังกล่าวข้างต้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขของกรุงเทพมหานคร ดังต่อไปนี้

๑. ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ของฝ่ายรักษาความสะอาดและสวนสาธารณะ นำรถ และเครื่องมือเข้าทำการดูไขมันจากสถานที่ที่แจ้งไว้ทุกประการ

๒. เมื่อเจ้าหน้าที่ได้ดำเนินการตามข้อ ๑ เสร็จเรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมชำระค่าธรรมเนียมการบริการดูไขมัน ให้แก่กรุงเทพมหานคร ตามที่กำหนดไว้ในข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง การกำจัดมูลฝอยสิ่งปฏิกูลและสิ่งเปรอะเปื้อน พ.ศ. ๒๕๒๑ คือ อัตราลูกบาศก์เมตรละ ๒๕๐ บาท

(ลงชื่อ).....ผู้แจ้งความจำนง

(ลงชื่อ).....ผู้รับแจ้งความจำนง

รับเมื่อเวลา..... น.

แจ้งทางโทรศัพท์

แจ้งด้วยตนเอง

ส่วนราชการ

บันทึกรับรองของหัวหน้าผู้ควบคุมรถบริการดูไขมัน

ข้าพเจ้า..... หัวหน้าผู้ควบคุมรถบริการหมายเลขทะเบียน

เลขข้าง..... ได้ทำการบริการดูไขมัน ณ อาคารสถานที่ที่แจ้งไว้ข้างต้น เสร็จเรียบร้อยแล้ว รวมปริมาณ

ไขมัน.....ม^๓ ค่าธรรมเนียมลูกบาศก์เมตรละ ๒๕๐ บาท เป็นเงิน.....บาท

(.....) ตามใบเสร็จรับเงิน เล่มที่ เลขที่

ลงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

(ลงชื่อ)หัวหน้าผู้ควบคุมรถบริการ

บันทึกรับรองของผู้รับบริการหรือผู้แทน

๑. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า เจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติตามคำร้องดังกล่าวข้างต้นเรียบร้อยแล้ว โดยปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....น. ถึงเวลาน. และได้ชำระค่าธรรมเนียมดูไขมัน เป็นเงินบาท

(.....) (ผู้ชำระเงินสตรอกในข้อ ๑)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับบริการหรือผู้แทน

๒. ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่าจำนวนสิ่งปฏิกูลและจำนวนเงินตามที่เจ้าหน้าที่ (.....) ให้แก่กรุงเทพมหานคร ณ ฝ่ายรักษาความสะอาดและสวนสาธารณะ สำนักงานเขตดินแดง

ภายใน ๘ วัน เริ่มช่นถ่าย เวลา.....น. เสร็จเรียบร้อยแล้ว (ผู้ค้างชำระค่าธรรมเนียมกรอกในข้อ ๒)

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับบริการหรือผู้แทน

(ลงชื่อ)..... พยาน

หมายเหตุ ๑. การชำระเงินทุกครั้งผู้รับบริการจะต้องเรียกหลักฐานใบเสร็จรับเงินจากเจ้าหน้าที่กรุงเทพมหานครด้วย

๒. เอกสารถ้ามีรอยลบ ขูด ขีด ฆ่า ให้ลงนามกำกับรอยแก้ไขด้วยทุกครั้ง