

วันนัด.....เวลา.....  
ที่.....เดือน.....พ.ศ.....

## คำร้องขอรับบริการสูบและเก็บไขมัน

สำนักงานเขตสะพานสูง

หมายเลขสัญญา.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ด้วยข้าพเจ้า.....บริษัท/ห้าง/ร้าน.....

เลขที่.....หมู่บ้าน.....ต.รอก.....ซอย.....

ถนน.....แขวงสะพานสูง เขตสะพานสูง กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์.....

สถานที่ใกล้เคียง.....มีความประสงค์

ขอให้กรุงเทพมหานครทำการสูบและเก็บไขมัน ณ อาคารสถานที่ดังกล่าวข้างต้น โดยข้าพเจ้ายินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขของ กรุงเทพมหานคร ดังต่อไปนี้

๑.ข้าพเจ้ายินยอมให้เจ้าหน้าที่ของงานรักษาความสะอาดนำรถและเครื่องมือเข้าทำการสูบ และเก็บไขมันจากสถานที่ดังกล่าวข้างต้นทุกประการ

๒.เมื่อเจ้าหน้าที่ได้ดำเนินการตามข้อ ๑ เสร็จเรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมชำระค่าธรรมเนียม สูบและเก็บไขมันให้แก่กรุงเทพมหานครตามที่กำหนดไว้ในข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง ค่าธรรมเนียมการเก็บ และขนสิ่งปฏิกูลหรือมูลฝอยตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๖ คือ ลูกบาศก์เมตรละ ๒๕๐.- บาท

(ลงชื่อ).....ผู้แจ้งความจำนง

(ลงชื่อ).....ผู้รับแจ้งความจำนง

รับเมื่อเวลา.....น.

แจ้งทางโทรศัพท์  แจ้งด้วยตนเอง  ส่วนราชการ

### บันทึกรับรองของหัวหน้าผู้ควบคุมรถบริการสูบและเก็บไขมัน

ข้าพเจ้า.....หัวหน้าผู้ควบคุมรถบริการฯ

หมายเลขทะเบียน กท.....เลขข้าง.....ได้ทำการสูบและเก็บไขมัน ณ อาคารสถานที่

ดังกล่าวข้างต้นเสร็จเรียบร้อยแล้ว รวมปริมาตรไขมัน.....ลูกบาศก์เมตร ลูกบาศก์เมตรละ

๒๕๐.- บาท เป็นเงิน.....บาท (.....)

ตามใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

(ลงชื่อ).....หัวหน้าผู้ควบคุมรถบริการฯ

### บันทึกรับรองของผู้บริการหรือผู้แทน

๑.ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติตามคำร้องดังกล่าวข้างต้นเรียบร้อยแล้ว โดย ปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....น. ถึงเวลา.....น. และได้ชำระค่าธรรมเนียมสูบและเก็บ ไขมันเป็นเงิน.....บาท(.....)แล้ว (ผู้ชำระเงินสดกรอกในข้อ ๑)

(ลงชื่อ).....ผู้รับบริการหรือผู้แทน

๒.ข้าพเจ้า.....ขอรับรองว่าจำนวนไขมันและจำนวนเงิน

ตามที่เจ้าหน้าที่รักษาความสะอาดแจ้งไว้ข้างต้นนั้น ถูกต้องแล้ว และยินยอมชำระเงิน จำนวน.....บาท

(.....)ให้แก่กรุงเทพมหานคร ณ ฝ่ายรักษาความสะอาดและสวนสาธารณะ

สำนักงานเขตสะพานสูงภายใน ๓ วัน เริ่มสูบและเก็บไขมันเวลา.....น. เสร็จเรียบร้อยแล้ว.....น.

(ผู้ค้างชำระค่าธรรมเนียมกรอกในข้อ ๒)

(ลงชื่อ).....ผู้รับบริการหรือผู้แทน

(ลงชื่อ).....พยาน

หมายเหตุ ๑.การชำระเงินทุกครั้งผู้รับบริการจะต้องเรียกหลักฐานใบเสร็จรับเงินจากเจ้าหน้าที่

กรุงเทพมหานครด้วย

๒.เอกสารถ้ามีรอย ลบ ขูด ขีด ฆ่า ให้ลงนามกำกับรอยแก้ไขด้วยทุกครั้ง