



แบบคำร้องขอรับบริการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

เลขที่/.....

เรื่อง ขอรับบริการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

เรียน นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง

ข้าพเจ้า/บริษัท/หน่วยงาน

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ ตามใบอนุญาตประกอบ

กิจการสถานพยาบาลเลขที่ (ถ้ามี)

โดยสะดวกให้จัดส่งเอกสารที่ ชื่อ-สกุล (ผู้รับ)/สถานที่.....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่ ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด รหัสไปรษณีย์

เบอร์โทร..... อีเมลล์.....

ผู้ขอรับบริการประสงค์ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยองรับทำการ

เก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

ณ

(ชื่อสถานประกอบการที่ขอรับบริการ) ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาล/ อบต.

มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อประมาณ..... กิโลกรัมต่อวัน

ระยะเวลาการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อตั้งแต่วันที่ ถึง

กำจัดมูลฝอยติดเชื้อ (ทางผู้ขอรับบริการดำเนินการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อเอง)

เอกสารการยื่นแบบคำร้อง

สำเนาใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล

สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มีอำนาจลงนาม

สำเนาทะเบียนบ้านของผู้มีอำนาจลงนาม

สำเนาทะเบียนบ้านสถานประกอบการ

หนังสือมอบอำนาจ (ในกรณีที่มีการมอบอำนาจ)

สำเนาหนังสือรับรองการจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล

หนังสือบริคณห์สนธิ

เอกสารหลักฐานอื่นๆ (ถ้ามี).....

โดยยินดี...

โดยยินดีเสียค่าธรรมเนียมการเก็บ ขน และกำจัดมูลฝอยติดเชื้อตามข้อบัญญัติองค์การบริหารส่วน
จังหวัดระยอง เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.2565 รวมถึงระเบียบ กฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องทุกประการ
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำร้อง

(.....)

วันที่/...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้รับเรื่องเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ.

ตรวจสอบแล้ว เอกสารหลักฐาน ครบ

ไม่ครบ คือ

1)

2).....

3)

4).....

5)

ดังนั้น กรุณานำเอกสารหลักฐานที่ยังไม่ครบทั้งหมดมายื่นต่อเจ้าหน้าที่ภายในวันที่.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

แผนที่ระบุสถานประกอบการที่ขอรับบริการ

