

## วิธีการชำระค่าบริการ

ผู้ขอรับบริการต้องชำระค่าบริการตามจำนวนเงินที่ได้รับแจ้ง ณ วันที่ขอรับบริการและ**หากชำระค่าบริการแล้วจะขอคืนค่าบริการในภายหลังไม่ได้ไม่ว่ากรณีใดๆ** ซึ่งค่าบริการดังกล่าวได้รวมค่าจัดส่งผลิตภัณฑ์ ค่าบริการตรวจวิเคราะห์และทดสอบ ค่าบริการรับตัวอย่างจากสถานีส่ง ค่าบริการไปรษณีย์ในการจัดส่งรายงานผลและค่าบริการผลิตชุดทดสอบไว้แล้ว โดย

**1 ชำระด้วยตนเอง ที่ฝ่ายการเงิน** ชั้น 1 อาคารศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย พร้อมรับผลิตภัณฑ์และใบเสร็จรับเงินตามที่ผู้รับบริการได้แจ้งความจำนง โดย

1.1 ชำระด้วยเงินสด

1.2 ชำระด้วยตัวแลกเงินหรือแคชเชียร์เช็คสั่งจ่าย **“เงินบำรุงกรมอนามัย”**

### บัญชีออมทรัพย์

ธนาคารกรุงไทย สาขาย่อยกระทรวงสาธารณสุข  
ชื่อบัญชี “เงินบำรุงกรมอนามัย ”  
เลขที่บัญชี 142-1-0-7579-2

### พร้อมระบุรายละเอียด

▶ **ระบุรายการและจำนวนของผลิตภัณฑ์**ที่ต้องการขอรับบริการ เช่น น้ำเสีย รพ. 2 ตัวอย่าง น้ำตู้หยอดเหรียญ 1 ตัวอย่าง น้ำประปาโครงการโรงเรียนระดับเพชร ชุดทดสอบ อ 11 จำนวน 2 ชุด อ 13 จำนวน 500 ชุด ไม้ SWAB 200 ก้าน เป็นต้น

▶ **การออกใบเสร็จรับเงิน** โปรดระบุชื่อ ที่อยู่ (บุคคลหรือหน่วยงาน) พร้อมรายละเอียดที่ต้องการให้ออกใบเสร็จรับเงิน เพื่อให้ผู้ขอรับบริการสามารถเข้าประกอบการเบิกได้

▶ **การจัดส่งใบเสร็จรับเงิน** กรณีที่ต้องการให้จัดส่งทางไปรษณีย์ ให้ผู้ขอรับบริการโปรดระบุชื่อ (บุคคลหรือหน่วยงาน) ที่อยู่ ของผู้รับ เพื่อการนำส่งโดยไปรษณีย์ลงทะเบียน

▶ **โปรดระบุชื่อผู้ประสานงาน** พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้

## วิธีการชำระค่าบริการ (ต่อ)

### 2 ชำระโดยการโอนเงิน

#### 2.1 ค่าธรรมเนียมการโอนเงินของธนาคาร

ชำระโดยการโอนเงินเข้าบัญชี “เงินบำรุงกรมอนามัย”

##### บัญชีออมทรัพย์

ธนาคารกรุงไทย สาขาย่อยกระทรวงสาธารณสุข  
ชื่อบัญชี “ เงินบำรุงกรมอนามัย ”  
เลขที่บัญชี 142-1-0-7579-2



ผู้ขอรับบริการต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียมฯ ดังกล่าว โดยไม่รวมกับค่าบริการที่เรียกเก็บจากกองห้องฯ

#### 2.2 โปรดแจ้งหลักฐานการโอนเงินค่าบริการและรายละเอียด ดังนี้ 2.2.1 สำเนาใบโอนเงิน

(Pay in)

##### 2.2.1 สำเนาใบโอนเงิน (Pay in)

##### 2.2.2 รายละเอียด

##### ▶ ระบุรายการและจำนวนของผลิตภัณฑ์

ที่ต้องการขอรับบริการ เช่น น้ำเสีย รพ. 2 ตัวอย่าง น้ำตู้หยอดเหรียญ 1 ตัวอย่าง น้ำประปาโครงการโรงเรียนระดับเพชร ชุดทดสอบ อ11 จำนวน 2 ชุด อ13 จำนวน 500 ชุด ไม้ SWAB 200 ก้าน เป็นต้น

##### ▶ การออกไปเสิร์ฟรับเงิน

โปรดระบุชื่อ ที่อยู่ (บุคคลหรือหน่วยงาน) พร้อมรายละเอียดที่ต้องการให้ออกไปเสิร์ฟรับเงิน เพื่อให้ผู้ขอรับบริการสามารถใช้ประกอบการเบิกได้

##### ▶ การจัดส่งใบเสิร์ฟรับเงิน

ให้ผู้ขอรับบริการโปรดระบุ ชื่อ (บุคคลหรือหน่วยงาน) ที่อยู่ ของผู้รับ เพื่อการนำส่ง โดยไปรษณีย์ลงทะเบียน

##### ▶ โปรดระบุชื่อผู้ประสานงาน พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้

2.2.3 โปรดส่งรายละเอียดในข้อ 2.2.2 ให้กองห้องปฏิบัติการสาธารณสุขกรมอนามัย ทราบ ทางช่องทางใดช่องทางหนึ่งต่อไปนี้

Line ID : @865mtyph

โทรสาร (FAX) หมายเลข 0 2968 7625

จัดส่งหลักฐานการชำระเงินมาทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ (EMS)



## วิธีการชำระค่าบริการ (ต่อ)

\*\* หลักฐานการชำระเงิน ผู้ขอรับบริการควรแจ้งข้อมูล ณ วันที่ชำระเงินสำเร็จ หรือวันทำการถัดไป เนื่องจากจะส่งผลกระทบต่อรอบการจัดส่งภาชนะ / ชุดทดสอบภาคสนาม โดยสามารถโทรศัพท์แจ้งยืนยันการส่งเอกสาร หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่

งานการเงิน หมายเลข 0 2968 7603, 0 2968 7608 และ FAX : 0 2968 7625

### หมายเหตุ :

#### 1. กองห้องปฏิบัติการสาธารณสุขกรมอนามัย ขอสงวนสิทธิ์การให้บริการ ดังนี้

##### 1.1 การจัดส่งผลิตภัณฑ์

1.1.1 ดำเนินการจัดส่งผลิตภัณฑ์ให้แก่ผู้ขอรับบริการทุกวันทำการแรกของสัปดาห์

1.1.2 จัดส่งผลิตภัณฑ์ให้กับผู้ขอรับบริการต้องมียอดค่าธรรมเนียมการขอรับบริการรวม **ตั้งแต่ 2,000 บาทขึ้นไป** (ยกเว้นหน่วยงานของกรมอนามัย)

##### 1.2 สงวนสิทธิ์ในการบริการจัดส่งผลิตภัณฑ์ให้แก่ผู้ขอรับบริการที่อยู่ในเขตกรุงเทพฯ และ **ปริมณฑล** (นนทบุรี นครปฐม ปทุมธานี สมุทรปราการ และสมุทรสาคร)

##### 1.3 ค่าธรรมเนียมที่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ขอรับบริการ

1.3.1 ค่าธรรมเนียมการโอนเงินของธนาคาร กรณีชำระค่าบริการโดยการโอนเงิน

1.3.2 ค่าระวางในการนำส่งตัวอย่างจาก “ผู้ขอรับบริการถึงกองห้องปฏิบัติการสาธารณสุขกรมอนามัย”

##### 1.4 กองห้องปฏิบัติการสาธารณสุขกรมอนามัย **ไม่สามารถลงนามในใบสั่งซื้อ / สั่งจ้างได้** แต่สามารถ ดำเนินการ**ออกใบแจ้งราคา** ให้แก่ผู้ขอรับบริการที่ร้องขอได้

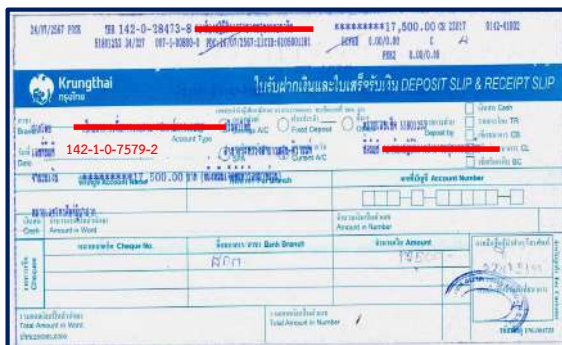
2. **ผลิตภัณฑ์** หมายถึง อุปกรณ์ / ภาชนะสุ่มเก็บตัวอย่าง ชุดทดสอบทางภาคสนามอย่างง่าย และ สิ่งสนับสนุนอื่น ๆ ตามที่ผู้ขอรับบริการร้องขอ

# ตัวอย่างรายละเอียดแจ้งการโอนเงิน

## แบบฟอร์มแจ้งรายละเอียดการโอนเงิน

ชื่อ (หน่วยงาน / บุคคล) โรงพยาบาลXXXX จังหวัด XXXX ได้โอนเงินจำนวน 9,999.- บาท

### 1. สำเนาหลักฐานการโอนเงิน



## เพื่อเป็นค่าบริการ (โปรดระบุรายการ)

ค่าบริการตรวจวิเคราะห์และทดสอบ			ค่าบริการผลิตชุดทดสอบ		
รายการ	จำนวน	หมายเหตุ	รายการ	จำนวน	หมายเหตุ
	(ตัวอย่าง)			ชุด	ขวด
น้ำประปาดื่มได้		อ 11 (ชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำ)			
น้ำบาดาลเพื่อการบริโภค		อ 12 (ชุดทดสอบซัลโฟเนลล่า)			
น้ำดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิท (อย. ย่อ)		อ 13 (ชุดทดสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร)			
น้ำดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิท (อย. เต็ม)		อ 14 (ชุดทดสอบสแตฟฟีโลคอคคัส ออเรียส)			
น้ำโรงเรียนระดับเพชร		อ 15 (ชุดตรวจเชื้อไวรัสไอ สปีชีส์)			
น้ำทิ้ง/น้ำเสีย		อ 31 (ชุดทดสอบคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำ)			
ปริมาณโซนอนพลาซีในน้ำที่ปฏิภูล		อ 36 (ชุดทดสอบไอโอดีน)			
ปริมาณโซนอนพลาซีในภาคตะกอน		อ 37 (ชุดตรวจสอบความกระด้างในน้ำ)			
อื่น ๆ / ระบุ.....		อ 38 (ชุดตรวจสอบความเป็นกรด-ด่าง)			
		อ 39 (ชุดตรวจสอบปริมาณเหล็กในน้ำบริโภค)			
		อื่น ๆ / ระบุ.....			

2. รายละเอียดการออกใบเสร็จรับเงิน โปรดระบุให้ชัดเจน เพื่อประโยชน์ในการใช้เป็นหลักฐานประกอบเบิก

งานควบคุมโรค โรงพยาบาลXXXX 999 ม.9 ต.XXX อ.XXXX จ.XXXX 99999

3. รายละเอียดการจัดส่งใบเสร็จรับเงิน โปรดระบุ ชื่อและที่อยู่ผู้รับให้ชัดเจน เพื่อการนำส่งไปรษณีย์ลงทะเบียน

งานควบคุมโรค โรงพยาบาลXXXX 999 ม.9 ต.XXX อ.XXXX จ.XXXX 99999

4. ผู้ประสานงาน นายXXX หมายเลขโทรศัพท์ 089-999-9999

#### หมายเหตุ :

1. โปรดส่งรายละเอียดให้กองห้องปฏิบัติการสาธารณสุขกรมอนามัยทางไลน์การเงิน

Line ID: @865mtyph หรือทางโทรสาร (FAX) ที่หมายเลข 0 2968 7625

2. โปรดแจ้งยืนยันการส่งเอกสารทางโทรศัพท์ หมายเลข 0 2968 7600, 0 2968 7610

#### แบบฟอร์ม



แจ้งรายละเอียดการโอนเงิน