

## วิธีการชำระค่าบริการ

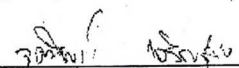
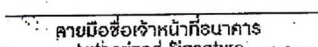
เพื่อให้การบริหารจัดการของศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด จึงขอกำหนดวิธีการชำระค่าบริการตรวจวิเคราะห์และทดสอบ / ผลิตชุดทดสอบทางภาคสนามอย่างง่าย ดังนี้

ผู้ขอรับบริการต้องชำระค่าบริการตามจำนวนเงินที่ได้รับแจ้ง ณ วันที่ขอรับบริการและ**หากชำระค่าบริการแล้วจะขอคืนค่าบริการในภายหลังมิได้ไม่ว่ากรณีใด ๆ** ซึ่งค่าบริการดังกล่าวได้รวมค่าจัดส่งผลิตภัณฑ์ ค่าบริการตรวจวิเคราะห์และทดสอบ ค่าบริการรับตัวอย่างจากสถานีส่ง ค่าบริการไปรษณีย์ในการจัดส่งรายงานผลและค่าบริการผลิตชุดทดสอบไว้แล้ว โดย

1. ชำระด้วยตนเอง ที่ฝ่ายการเงิน ชั้น 1 อาคารศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย พร้อมรับผลิตภัณฑ์และใบเสร็จรับเงินตามที่ได้รับบริการได้แจ้งความจำนง โดย
  - 1.1 ชำระด้วยเงินสด
  - 1.2 ชำระด้วยแคชเชียร์เช็ค สั่งจ่าย “ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย”
2. ชำระโดยการโอนเงิน
  - 2.1 ภาระค่าธรรมเนียมการโอนเงินอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ขอรับบริการ โดยโอนเงินเข้าบัญชี **บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาซอยกระทรวงสาธารณสุข ชื่อบัญชี “ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย” เลขที่บัญชี 142-1-12138-7**
  - 2.2 โปรตแจ้งหลักฐานการโอนเงินค่าบริการและรายละเอียด ดังนี้
    - 2.2.1 สำเนาใบโอนเงิน (Pay in)
    - 2.2.2 รายละเอียด
      - ระบุรายการและจำนวนของผลิตภัณฑ์ที่ต้องการขอรับบริการ เช่น น้ำเสีย รพ. 2 ตัวอย่าง , น้ำตู้หยอดเหรียญ 1 ตัวอย่าง , น้ำประปา โครงการโรงเรียนระดับเพชร จำนวนนักเรียน 810 คน ชุดทดสอบ อ 11 จำนวน 2 ชุด , อ 13 จำนวน 500 ชุด , ไม้ SWAB 200 ก้าน เป็นต้น

## ตัวอย่างรายละเอียดแจ้งการโอนเงิน

1. ชื่อ (หน่วยงาน / บุคคล).....โรงพยาบาลบึงสามพัน.....จังหวัด.....เพชรบูรณ์.....ได้โอนเงินจำนวน.....3,400.- บาท

SAV 31/07/2560 SDCH	TRB 142-1-12138-7	*****3,400.00 CR 11132	0651-113001
*****3,430.00		*****30:00/30:00	
<b>ธนาคารกรุงไทย</b> KRUNGTHAI BANK		สาขา สาขาบึงสามพัน	วันที่และเวลา 31/07/2560 13:23:11
ฝากโดย เงินสด		ใบรับฝากเงินและใบเสร็จรับเงิน DEPOSIT SLIP & RECEIPT SLIP	
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107537000882			
เลขบัญชี 142-1-12138-7 (ออมทรัพย์)		สาขา สาขาบึงสามพัน	
จำนวนเงิน 3,400.00 บาท (สามพันสี่ร้อยบาทถ้วน)		ชื่อผู้ฝากเงิน/ผู้ฝากเงิน	
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ		142-1-12138-7	
ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอยืนยันว่าข้อมูลบนเอกสารนี้ถูกต้องทุกประการ I hereby verify and confirm that the information mentioned above is true and correct.			
 3,400.- ฝากมือชื่อผู้นำฝาก/Depositor		 3,400.- ฝากมือชื่อเจ้าหน้าที่ธนาคาร Authorized Signature	
CFR. 100350.70000		สำหรับลูกค้า For Customer	

เพื่อเป็นคำบริการ (โปรดระบุรายการ)

ค่าบริการตรวจวิเคราะห์และทดสอบ		หมายเหตุ	ค่าบริการผลิตชุดทดสอบ		หมายเหตุ
รายการ	จำนวน (ตัวอย่าง)		รายการ	จำนวน ชุด    ขวด	
น้ำบริโภคน้ำ	1		อ 11		
น้ำประปา			อ 12		
น้ำบาดาล			อ 13		
น้ำดื่มหยอดเหรียญ			อ 31		
น้ำดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิท			อ 35		
น้ำโรงเรียนระดับเพชร			อ 36		
น้ำทิ้ง / น้ำเสีย	1		อื่นๆ / ระบุ		
อื่นๆ / ระบุ					

2. รายละเอียดการออกใบเสร็จรับเงิน โปรดระบุให้ชัดเจน เพื่อประโยชน์ในการใช้เป็นหลักฐานประกอบเบิก  
งานควบคุมโรค โรงพยาบาลบึงสามพัน 333 ม.9 ต.ชัยสมทอต อ.บึงสามพัน จ.เพชรบูรณ์ 67160
3. รายละเอียดการจัดส่งใบเสร็จรับเงิน โปรดระบุ ชื่อและที่อยู่ผู้รับให้ชัดเจน เพื่อการนำส่งโดยไปรษณีย์ลงทะเบียน  
งานควบคุมโรค โรงพยาบาลบึงสามพัน 333 ม.9 ต.ชัยสมทอต อ.บึงสามพัน จ.เพชรบูรณ์ 67160
4. ผู้ประสานงาน นายxx.....หมายเลขโทรศัพท์.....x xx xxx xxxx

- หมายเหตุ : 1. โปรดส่งรายละเอียดให้ศูนย์ห้องฯทางโทรสาร (FAX) ที่หมายเลข 0 2968 7604 หรือ 0 2968 7625  
2. โปรดโทรศัพท์แจ้งยืนยันการส่งโทรสาร (FAX) หมายเลข 0 2968 7603 , 0 2968 7620 ต่อ 4876, 4869, 4805

- การออกใบเสร็จรับเงิน โปรตระบุซื้อ (บุคคลหรือหน่วยงาน) พร้อมรายละเอียดที่  
ต้องการให้ออกใบเสร็จรับเงิน เพื่อให้ผู้ขอรับบริการสามารถใช้ประกอบการเบิกได้

- การจัดส่งใบเสร็จรับเงิน ให้ผู้ขอรับบริการโปตระบุซื้อ (บุคคลหรือหน่วยงาน)  
ที่อยู่ของผู้รับ เพื่อการนำส่งโดยไปรษณีย์ลงทะเบียน

- โปตระบุซื้อผู้ประสานงาน พร้อมหมายเลขโทรศัพท์ ที่สามารถติดต่อได้

2.2.3 โปตระบุส่งรายละเอียดในข้อ 2.2.2 ให้ศูนย์ห้องปฏิบัติการทางโทรสาร (FAX) หมายเลข  
0 2968 7604 หรือ 0 2968 7625 และโปตระบุโทรศัพท์แจ้งยืนยันการส่งเอกสารที่หมายเลข 0 2968 7603 , 0 2968  
7607, 0 2968 7620 ต่อ 4833 , 4838 , 4805, 4869 หรือ 0 2968 7600, 0 2968 7610 (เบอร์ตรง)

หมายเหตุ :

## 1. ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย ขอสงวนสิทธิ์การให้บริการ ดังนี้

### 1.1 การจัดส่งผลิตภัณฑ์

1.1.1 ดำเนินการจัดส่งผลิตภัณฑ์ให้แก่ผู้ขอรับบริการทุกวันทำการแรกของสัปดาห์

1.1.2 ต้องมีวงเงินการขอรับบริการไม่น้อยกว่า 1,000 บาท / ครั้ง

1.1.2 ไม่บริการจัดส่งผลิตภัณฑ์ให้แก่ผู้ขอรับบริการที่อยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล

### 1.2 ค่าธรรมเนียมที่อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ขอรับบริการ

1.2.1 ค่าธรรมเนียมการโอนเงินของธนาคาร กรณี ชำระค่าบริการโดยการโอนเงิน

1.2.2 ค่าระวางในการนำส่งตัวอย่างจาก “ผู้ขอรับบริการให้ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย”  
ดำเนินการ

1.3 ศูนย์ห้องปฏิบัติการกรมอนามัย **ไม่สามารถลงนามใบสั่งซื้อ / สั่งจ้างได้** แต่สามารถดำเนินการ  
**ออกใบแจ้งราคา** ให้แก่ผู้ขอรับบริการที่ร้องขอได้

## 2. ผลิตภัณฑ์ หมายถึง อุปกรณ์ / ภาชนะสุ่มเก็บตัวอย่าง ชุดทดสอบทางภาคสนามอย่างง่าย และสิ่ง สนับสนุนอื่นๆ ตามที่ผู้ขอรับบริการร้องขอ