

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ “จัดการมูลฝอยติดเชื้อ”

โปรดเขียนด้วยตัวบรรจง วันที่

ข้าพเจ้า (สถานประกอบการ)ดำเนินการโดย

ที่อยู่

โทรสาร..... โทรศัพท์

Website E-mail.....

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....

มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

นำขยะติดเชื้อส่งที่เตาเผาเอง

โครงการ ฯ จัดรถและพนักงานจัดเก็บขยะติดเชื้อ ส่งเตาเผา

อัตราค่าบริการ

- คลินิกที่ไม่มีขยะหรือมีขยะไม่เกิน 8 กิโลกรัม/เดือน คิดอัตราเหมาจ่าย 400 บาท/เดือน
- คลินิกที่มีขยะมากกว่า 8 กิโลกรัม/เดือน คิดเป็นกิโลกรัมละ 50 บาท เศษของกิโลกรัมให้ปัดเป็น 1 กิโลกรัม

การจ่ายค่าบริการ ให้โอนเงินเข้าบัญชี มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่ 8280953965

ธ.กรุงไทย สาขาท่าศาลา ประเภท ออมทรัพย์

** ส่งหลักฐานจ่ายเงินมาที่ @Line ID : wmwuth หรือ  : <https://www.facebook.com/WMWUTH/>
สามารถติดต่อ โทร. 075-673641 หรือ โทร. 098-7431196

ชื่อ-ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จรับเงิน (กรุณาเขียนให้ชัดเจน ใบเสร็จจะลงวันที่ชำระเงิน)

นามผู้ร่วมโครงการ

ที่อยู่

ลงชื่อ ผู้สมัคร
(.....)

กรุณาส่งใบสมัครและหลักฐานการชำระเงินมาที่ @Line ID : wmwuth หรือ

 : <https://www.facebook.com/WMWUTH/>

สามารถติดต่อสอบถาม โทร. 075-673641 หรือ โทร. 098-7431196

** กรุณาชำระค่าธรรมเนียมการสมัครเข้าร่วมโครงการ ฯ ในอัตรา 200 บาท **

** หากมีการค้างชำระค่าบริการเกิน 2 Bill ทางโครงการ ฯ จะระงับการเก็บจนกว่าจะชำระส่วนที่ค้างไว้

** ในกรณีไม่นำส่งมูลฝอยติดเชื้อเป็นระยะเวลา 5 เดือนจะถือว่าสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการ โดยต้องสมัครเข้าร่วมโครงการใหม่อีกครั้ง ถ้าจะนำส่งมูลฝอยติดเชื้อ

