

## สัญญาตกลงการจ้างเหมาบริการ

สัญญาตกลงการจ้างฉบับนี้ทำขึ้น ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอนทราญ เลขที่ใบอนุญาต 032356076 ตั้งอยู่เลขที่ เลขที่ 63 หมู่ 2 ตำบล ดอนทราย อำเภอบางปะอิน จังหวัด พระนครศรีอยุธยา 70120 เบอร์โทรศัพท์สถานประกอบการ 032 356 076 เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม 2563 ระหว่าง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอนทราญ โดย เจ้าหน้าที่ ตำแหน่งเจ้าของสถานประกอบการ ซึ่งต่อไปเรียกว่า “ผู้ว่าจ้าง” ฝ่ายหนึ่ง กับ บริษัท ไอซี ควอลิตี้ ซิสเต็ม จำกัด โดย นายนิติพัฒน์ วงศ์ศิริธร ตำแหน่ง กรรมการผู้มีอำนาจลงนาม สำนักงานตั้งอยู่เลขที่ 50/19 หมู่ที่ 6 ตำบลบางหลวง อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี 12000 โทรศัพท์ 02 - 1010325 ซึ่งต่อไปในสัญญาเรียกว่า “ผู้รับจ้าง” อีกฝ่ายหนึ่ง คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันโดยมีสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

**ข้อ 1 “ผู้ว่าจ้าง” ตกลงว่าจ้าง และ “ผู้รับจ้าง” ตกลงรับจ้าง**เหมาทำการเก็บขนย้ายและกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ ให้กับ “ผู้ว่าจ้าง” เพื่อให้การทำลายขยะดังกล่าวเป็นไปตามกฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และกฎหมายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ตามรายละเอียดแนบท้ายบันทึกที่แนบมาพร้อมนี้ โดยมีข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งบันทึกนี้ รวมทั้งเอกสารแนบท้ายบันทึกนี้

**ข้อ 2 “ผู้รับจ้าง” ตามข้อ 1 สัญญาว่าจะเริ่มนับตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2563 ถึงวันที่ 30 กรกฎาคม 2564** รวมระยะเวลา 12 เดือน ถ้าผู้รับจ้างมิได้ลงมือทำงานภายในกำหนดเวลา หรือมีเหตุให้เชื่อได้ว่าผู้รับจ้าง ไม่สามารถทำงานให้แล้วเสร็จภายในกำหนดเวลา หรือล่าช้าเกินกว่ากำหนดเวลา หรือผู้รับจ้างทำผิดข้อตกลงข้อใดข้อหนึ่ง ผู้ว่าจ้างมีสิทธิที่จะบอกเลิกจ้างตามบันทึกนี้ได้

**ข้อ 3 “ผู้ว่าจ้าง” ตกลงจ่าย และผู้รับจ้างตกลงรับเงินค่าจ้างเป็น รายเดือน รวมระยะเวลา 12 เดือน โดยกำหนดค่าจ้าง**ตามปริมาณน้ำหนักขยะ ในอัตราค่าบริการกิโลกรัมละ 28.04 บาท (ยี่สิบแปดบาทสี่สตางค์) ราคานี้ ยังไม่รวมภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% “ผู้รับจ้าง” จะทำการเก็บขนย้ายไปทำลายในแต่ละเดือน โดยเข้าจัดเก็บทุกสัปดาห์ โดยกำหนดจ่าย ภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ “ผู้ว่าจ้าง” หรือตัวแทนของ “ผู้ว่าจ้าง” ได้ทำการตรวจรับ ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว

### ข้อ 4 หน้าที่รับผิดชอบของ “ผู้รับจ้าง”

4.1 “ผู้รับจ้าง” จะต้องทำการเก็บขนย้ายและกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ โดยใช้พนักงานที่มีความรู้ผ่านการอบรม การกำจัดขยะติดเชื้อและขนย้าย เพื่อป้องกันอันตรายจากการเก็บขยะ และปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กฎหมายและระเบียบ ได้กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด เพื่อให้เป็นไปตามกฎกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545

4.2 “ผู้รับจ้าง” จะต้องเป็นผู้มีอาชีพรับจ้างขนและกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ ที่มีสถานที่ที่ได้รับใบอนุญาตกำจัดขยะ มูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งเป็นนิติบุคคลผู้มีอาชีพรับจ้างกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ ไว้รองรับการกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ โดยวิธีเผา ในเตาเผาขยะมูลฝอยติดเชื้อ ตลอดระยะเวลาตามสัญญานี้ด้วย

4.3 “ผู้รับจ้าง” จะต้องทำการเก็บขนย้ายและกำจัดขยะมูลฝอยติดเชื้อ ในวันและเวลาตามตารางการจัดเก็บของ “ผู้รับจ้าง” ไปกำจัดตามวิธีการที่กำหนดและถูกต้อง ในการขนย้ายขยะดังกล่าวทุกครั้งจะต้องบันทึกปริมาณน้ำหนัก

ข้อ 5 หน้าที่รับผิดชอบของ “ผู้ว่าจ้าง”

5.1 “ผู้ว่าจ้าง” จะต้องจัดเก็บขยะมูลฝอยติดเชื้อที่บรรจุไว้ในถุงแดงอยู่ในสภาพเรียบร้อย ถุงไม่แตก ไม่รั่วซึม มัดปากถุงอย่างถูกต้อง และแยกของมีคมทุกชนิดบรรจุมัดชิด ไม่ให้แทงทะลุออกจากถุง ไว้ที่จุดพักตามสถานที่พักขยะของ “ผู้ว่าจ้าง” โดยปฏิบัติให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข และกฎหมายที่เกี่ยวข้องทุกประการ

5.2 “ผู้ว่าจ้าง” จะต้องจัดเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบขอยืมผลพ้อยติดเชื่อไว้ ประสานงานและร่วมมือรับทราบ การบันทึกนำหน้าขยะ ตลอดจนการลงลายมือชื่อรวมไว้ในเอกสารดังกล่าว ตามวันและเวลาที่ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกำหนดไว้ด้วย

5.3 “ผู้ว่าจ้าง” จะต้องจัดเก็บขยะมูลฝอยติดเชื้อ ตามข้อ 5.1 ไว้ที่จุดพัก พักขยะซึ่ง “ผู้รับจ้าง” สามารถทำการเก็บขนได้ ตามวันและเวลาที่ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกำหนดกันไว้

5.4 หาก“ผู้ว่าจ้าง”เปิดทำการไม่ตรงเวลาทำการของ“ผู้รับจ้าง” หรือมีเหตุให้ต้องหยุดทำการในวันและเวลาที่ตกลงกันไว้ “ผู้ว่าจ้าง” จะต้องวางชดเชยไว้ในจุดที่ “ผู้รับจ้าง”สามารถเก็บกันได้ หาก“ผู้ว่าจ้าง”ไม่วางชดเชยตามกำหนดวันและเวลาที่ตกลงกันไว้“ผู้ว่าจ้าง”ยินยอมจ่ายค่าบริการให้ “ผู้รับจ้าง”

**ข้อ 6** กรณี “ผู้รับจ้าง” ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงในสัญญาข้อหนึ่งข้อใดด้วยเหตุใดๆก็ตามเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายแก่ “ผู้ว่าจ้าง” แล้ว “ผู้รับจ้าง” ยินดีรับผิดชอบ และยินยอมชดเชยค่าเสียหาย อันเกิดจากการที่ “ผู้รับจ้าง” ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงนั้น ให้แก่ “ผู้ว่าจ้าง” โดยสิ้นเชิง ภายในกำหนด 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจาก “ผู้ว่าจ้าง”

**ข้อ 7** กรณีที่ “ผู้ว่าจ้าง” ประสงค์จะบอกเลิกสัญญาฉบับนี้ก่อนกำหนด “ผู้ว่าจ้าง” จะต้องแจ้งให้ “ผู้รับจ้าง” ทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 30 วัน สัญญาจ้างนี้ทำขึ้นสองฉบับ มีข้อความถูกต้องตรงกัน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจดีแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้ต่อหน้าพยานเป็นสำคัญและเก็บไว้ฝ่ายละฉบับ

หมายเหตุ :

ชื่อผู้ประกอบการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนทราย เบอร์โทรศัพท์ 032 356 076

ชื่อผู้ประสานงาน (ผู้ติดต่อได้) เจ้าหน้าที่ เบอร์โทรศัพท์

สถานที่ตั้ง N 13.6425799 E 99.8603024.

วันเวลาทำการ เปิดทำการวันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 08.30 - 16.30 น. ปิดทำการวันเสาร์และวันอาทิตย์

สถานที่จัดเก็บ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอนทรา

(ลงชื่อ).....ผู้ว่าจ้าง (ลงชื่อ).....ผู้ว่าจ้าง

(12)

(13)

(ลงชื่อ).....ผู้รับจ้าง

(นายนิติพัฒน์ วงศ์ศิริธร)

(ลงชื่อ).....พยาน

(14, 15)

(ลงชื่อ).....พยาน

(นางบุญสวย พรหมไพร)

## เอกสารแนบท้ายสัญญา

เงื่อนไขการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับสถานบริการสาธารณสุข / บริษัทเอกชน ที่รับบริการ

1. วัสดุพลาสติกที่ใช้บรรจุมูลฝอยติดเชื้อต้องทนทาน ไม่ฉีกขาดง่าย มีสีแดงสด ทึบแสง บรรจุมูลฝอยติดเชื้อไม่เกิน 2 ใน 3 ส่วนของถุงพลาสติกแดง และไม่ใส่ปะปนกับมูลฝอยทั่วไป แล้วมัดปากถุงด้วยเชือกหรือวัสดุอื่นๆให้แน่น
2. ภาชนะมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม ต้องบรรจุอยู่ในภาชนะที่ทนทานต่อการทิ่มแทงทะลุ มีฝาปิดกลอง มีสีแดงสด ทึบแสง โดยจะต้องบรรจุไม่เกิน 3 ใน 4 ส่วนของความจุภาชนะนั้นๆ
3. ห้ามมิให้สถานบริการสาธารณสุขทิ้งเข็มฉีดยา หรือวัตถุมีคมประเภทต่างๆ ลงในถุงขยะติดเชื้อโดยตรง ควรรวบรวมทิ้งไว้ในกระป๋องหรือกระปุกที่มีฝาปิดมิดชิด เพราะเข็มฉีดยาหรือวัตถุมีคมทำให้ถุงฉีกขาดเป็นการแพร่กระจายของเชื้อโรค และอาจทำอันตรายเจ้าหน้าที่ในขณะปฏิบัติงานได้
4. กรณีสถานบริการสาธารณสุขอยู่ในอาคารสูง สถานพยาบาลอื่นๆ ต้องติดต่อกับเจ้าของอาคารในการจัดที่พักรวมมูลฝอยไว้ทางด้านล่างของอาคาร เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
5. สถานบริการสาธารณสุขควรนำมูลฝอยติดเชื้อมาใส่ถังที่มีฝาปิดมิดชิดและติดป้ายชัดเจนว่า “ขยะติดเชื้อ BIOHAZARD WASTE” เท่านั้น และนำถังมาไว้ที่จุดที่พักรวม โดยแยกขยะติดเชื้อออกจากขยะทั่วไปอย่างชัดเจน
6. เนื่องจากในแต่ละวัน ทางบริษัทฯ ต้องให้บริการแก่สถานบริการสาธารณสุขเป็นจำนวนมาก และในการเข้าเก็บขนในแต่ละพื้นที่มักจะประสบปัญหา เรื่องการจราจร ทางบริษัทฯ จึงขอความร่วมมือให้สถานบริการสาธารณสุข จัดเตรียมขยะไว้ที่จุดพักรวมให้พร้อม เพื่อให้เขาเก็บได้ทันที
7. เมื่อสถานบริการสาธารณสุขมีความประสงค์ต้องการรับบริการ ยกเลิก ปิดกิจการ ย้ายที่อยู่ เปลี่ยนชื่อ ปิดปรับปรุง กรุณาแจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรให้ทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน
8. กรณีที่สถานบริการสาธารณสุขชำระค่าบริการเป็นรายเดือนทุกเดือน ขอความร่วมมือให้ชำระค่าบริการโดยการโอนเงินเข้าบัญชี หรือชำระด้วยเช็คส่งจ่ายเท่านั้น กรณีที่มีความจำเป็นต้องชำระเป็นเงินสดกับพนักงานจัดเก็บ ขอให้ทางสถานบริการสาธารณสุข ร้องขอใบเสร็จที่มีการประทับตราบริษัททุกครั้ง เพื่อเป็นการยืนยันว่าท่านได้ชำระเงินเรียบร้อยแล้ว หากไม่มีใบเสร็จที่ออกจากทางบริษัทฯ มายืนยัน บริษัทฯ จะไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายใดๆที่เกิดขึ้นทั้งสิ้น
9. หลังจากที่ทำสัญญาเรียบร้อยแล้วทางบริษัทฯ จะจัดรอบการเข้าจัดเก็บ และแจ้งให้ทราบอีกครั้งว่า รอบการเข้าจัดเก็บ เป็นวันอะไร สัปดาห์ที่เท่าไรของเดือน ซึ่งทางสถานบริการสาธารณสุขจะต้องนำมูลฝอยติดเชื้อ วางไว้ที่จุดพักรวมให้พร้อม เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถทำการจัดเก็บได้ กรณีไม่มีเจ้าหน้าที่เข้าจัดเก็บตามรอบ ต้องรีบแจ้งเรื่องให้บริษัทฯ รับทราบทันที

ทางบริษัทฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า สถานบริการสาธารณสุขของท่านจะปฏิบัติตามเงื่อนไขดังกล่าวอย่างเคร่งครัด เพื่อให้การเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพและถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล หากสถานบริการสาธารณสุขใดไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขปฏิบัติทางบริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์การเข้าจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อจากสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ จนกว่าท่านจะดำเนินการแก้ไขให้เป็นไปตามเงื่อนไขของบริษัทฯเรียบร้อยแล้ว

รายการขยะติดเชื้อที่รับจัดเก็บ ได้แก่

1. วัสดุของมีคม เช่น เข็ม ใบมีด กระบอกฉีดยา หลอดแก้ว ภาชนะที่ทำด้วยแก้วสไลด์ และแผ่นกระจกปิดสไลด์
2. วัสดุซึ่งสัมผัส หรือ สงสัยว่าจะสัมผัสกับเลือด ส่วนประกอบขยะเลือด ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด สารน้ำจากร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์ หรือวัชชีวะที่ทำจากเชื้อโรคที่มีชีวิต เช่น สาลี ผักกูด ผาต่างๆ และทอยาง
3. มูลฝอยทุกชนิดที่มาจากห้องรักษาผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรง
4. ขยะติดเชื้ออื่นๆ ตามเงื่อนไขของผู้รับกำจัด

ช่องทางและเงื่อนไขการชำระค่าบริการ



ธนาคาร : ไทยพาณิชย์ สาขา : ตลาดพุนทุรพ์ (ปทุมธานี)

ชื่อบัญชี : บริษัท ไอซี ควอลิตี้ ซิสเต็ม จำกัด

เลขที่บัญชี : 372 - 259936 -7

หมายเหตุ : หากท่านชำระเงินแล้ว กรุณาส่งหลักฐานการโอนเงินหรือสลิป พร้อมทั้งระบุชื่อสถานบริการสาธารณสุข และเดือนที่ท่านชำระค่าบริการให้ชัดเจน โดยส่งได้ที่ ID Line OA : @icqualitysystem หรือนำส่งทาง e-mail : icquality@icqs.net โทรศัพท์ 02-101-0325 / 096-878-1596 (กรุณาชำระเงินภายใน 30 วัน หลังจากส่งมอบงาน)



สามารถสแกน QR Code เพื่อเพิ่มเพื่อนใน Line Official Account บริษัทฯ ได้เลย  
ID Line OA : @icqualitysystem