

แบบฟอร์มขอใช้บริการห้องปฏิบัติการรังสีและเครื่องมือแพทย์

วันที่.....

ผู้ขอใช้บริการ (บริษัท,คลินิก,โรงพยาบาล).....

ที่อยู่.....จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์.....e-mail.....

สถานที่ติดตั้ง ☐ ที่อยู่เดียวกับผู้ขอใช้บริการ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ที่อยู่.....จังหวัด.....

วัตถุประสงค์ ☐ ต่ออายุใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ☐ ขอเปิดสถานพยาบาล ☐ ทดสอบประจำปี ☐ อื่นๆ ระบุ.....

มีความประสงค์ขอใช้บริการทดสอบตามรายการดังนี้

ลำดับที่	รายละเอียดการขอใช้บริการทดสอบ	อัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์ ในอัตราต่อ 1 เครื่องหรือ 1 ห้อง (บาท)	จำนวน (เครื่อง/ห้อง)	รวมเงิน (บาท)
1	เครื่องเอกซเรย์ฟลูออโรสโคปี	4,500		
2	เครื่องเอกซเรย์ฟลูออโรสโคปีแบบหมุนได้ (C-Arm, O-Arm)	4,500		
3	เครื่องเอกซเรย์ทั่วไป	3,500		
4	เครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่	3,500		
5	เครื่องเอกซเรย์สแตว์	3,500		
6	เครื่องเอกซเรย์ระบบหลอดเลือดกระนาบเดียว	4,500		
7	เครื่องเอกซเรย์ระบบหลอดเลือดสองระนาบ	9,000		
8	เครื่องเอกซเรย์จำลองการฉายรังสี (x-ray simulator)	4,000		
9	เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT)	6,000		
10	เครื่องเอกซเรย์เต้านม	6,000		
11	เครื่องเอกซเรย์ทันตกรรม (Intraoral/Pano&Ceph/CBCT)	2,000		
12	เครื่องตรวจความหนาแน่นกระดูก	2,000		
13	เครื่องเอกซเรย์อุตสาหกรรม / เครื่องเอกซเรย์สัมภาระ	2,000		
14	เครื่องเอกซเรย์ทางการศึกษาวิจัย	2,000		
15	เครื่องอัลตราซาวด์	2,000		
16	ห้องเอกซเรย์บนรถเอกซเรย์	1,000		
17	ห้องเอกซเรย์ (ทั่วไป ทันตกรรม แมมโม ซีที)	1,000		
18	เครื่องเอ็มอาร์ไอ	6,000		
19	ห้องเอ็มอาร์ไอ	1,000		
รวม				

ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายืนยันว่าเครื่องเอกซเรย์/เครื่องเอ็มอาร์ไอตามรายการข้างต้นอยู่ในสภาพดี ไม่ชำรุดหรือขัดข้อง พร้อมรับทดสอบตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พร้อมกันนี้ข้าพเจ้าได้ชำระค่าใช้จ่ายทั้งหมดทางช่องทาง ดังนี้

☐ ชำระด้วยตนเอง ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี

☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย จำกัด สาขาขุนทะเล เลขที่บัญชี 981-8-94859-9 ชื่อบัญชี “เงินบำรุงศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี”

โดยออกใบเสร็จในนาม ☐ ที่เดียวกับผู้ขอใช้บริการ ☐ ที่เดียวกับสถานที่ติดตั้งเครื่องเอกซเรย์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

การรับรายงานผลการทดสอบ

☐ รับด้วยตนเอง ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี

☐ รับทางระบบ e-report

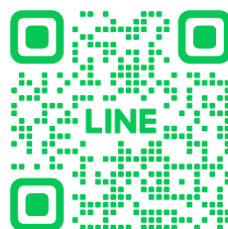
.....
(.....)

(คำอธิบายรายละเอียด หน้าที่ 2)

ผู้ขอใช้บริการ

หมายเหตุ

1. โปรดส่งใบแจ้งขอใช้บริการพร้อมหลักฐานการชำระเงินที่ระบุชื่อหน่วยงานที่ขอรับบริการ เช่น โรงพยาบาล..... หรือ คลินิก..... เป็นต้น
 ส่งทางไปรษณีย์เจ้าหน้าที่ของ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี ที่อยู่ 102 นิคมซอย 2 ตำบลขุนทะเล อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84100 หรือ โทรสาร 0 7735 5300 หรือ e-mail : saraban_sni@dmsc.mail.go.th โดยระบุหัวข้อ e-mail “แจ้งการชำระเงินของ.....” หรือทาง line official account ID : @493vfthag หรือสแกนคิวอาร์โค้ดภาพที่ 1
หากชำระเงินพร้อมส่งหลักฐานแล้ว ไม่ได้รับการติดต่อกลับภายใน 7 วัน กรุณาแจ้งให้ศูนย์ฯ ทราบด้วย เพื่อศูนย์ฯ จะได้ตรวจสอบต่อไป
2. อัตราค่าบริการตรวจวิเคราะห์ข้างต้น เป็นไปตามระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ว่าด้วยอัตราค่าบริการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ (ฉบับที่ 11) พ.ศ.2565 หากมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลง ศูนย์ฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกเก็บค่าบริการตรวจวิเคราะห์ตามฉบับที่แก้ไขล่าสุด
3. ติดต่อสอบถามได้ที่ ห้องปฏิบัติการรังสีและเครื่องมือแพทย์ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี โทรศัพท์ 0 7735 5301 ถึง 6 ต่อ 221 , 222



line official account : @493vfthag
 ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 11 สุราษฎร์ธานี