

ใบแสดงความประสงค์บริจาคเงิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....

บัตรประชาชนเลขที่.....(เพื่อบันทึกบริจาคในระบบ E-Donation กรมสรรพกร)

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์/มือถือ.....

มีความประสงค์บริจาคเงินจำนวน.....บาท (.....)

ให้แก่โรงพยาบาลปากพนัง โดยวิธี

เงินสด เช็ค/ดราฟ ธนาคาร.....เลขที่.....ลงวันที่.....

โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....

โดยวัตถุประสงค์เพื่อ.....

- ใบเสร็จรับเงิน ในนาม.....

- ป้ายติดหน้าห้องพิเศษ/เครื่องมือแพทย์/วัสดุหรือครุภัณฑ์อื่นๆ (ถ้ามี) ในนาม.....

พร้อมได้แนบเอกสาร สำเนาบัตรประชาชน

ลงชื่อ.....ผู้ประสงค์บริจาคเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน/เช็ค/ดราฟ/หลักฐานการโอน

ใบเสร็จรับเงินเล่มที่.....เลขที่.....ลงวันที่.....

นำฝากธนาคารบัญชี เงินบริจาคของ(โรงพยาบาลปากพนัง) เลขที่บัญชี 802-0-47006-9

หมายเหตุ

1. เลขทะเบียนขอขอบคุณ.....

2. เลขอนุโมทนาบัตร.....