



ใบแจ้งความจำนงบริจาคเงินมูลนิธิโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในพระราชูปถัมภ์ฯ

โทร: 02-354-3699, 098-860-1411 FAX: 02-354-7728 Email: foundation_pmk@hotmail.com

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อผู้บริจาค.....

ออกใบเสร็จจนาม..... ID/TAX.....

วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../..... อาชีพ.....

ที่อยู่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ซอย..... ถนน.....

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

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... Email.....

เพื่อ สมทบทุนมูลนิธิโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในพระราชูปถัมภ์ฯ

เพื่อ จัดตั้งกองทุน ชื่อกองทุน.....

เพื่อ วัตถุประสงค์อื่นๆ ตามความประสงค์ของผู้บริจาค.....

บริจาค เงินสด จำนวน.....บาท(.....)

บัตรเครดิต ธนาคาร..... เลขท้าย 4 ตัว..... จำนวน.....บาท

เงินโอน ธนาคาร..... วันที่โอน..... จำนวน.....บาท

เช็ค จำนวน.....บาท (.....)

ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่เช็ค.....ลงวันที่.....

บริจาคผ่านบัตรเครดิตธนาคาร..... () บัตรวีซ่า () บัตรมาสเตอร์การ์ด

หมายเลขบัตร บัตรหมดอายุ.....

ชำระเดือนละ.....บาท(.....) เป็นเวลา.....เดือน

มีความประสงค์ขอรับพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์ (บริจาคตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป) รับ ไม่รับ

มีความประสงค์ขอรับบัตรผู้มีอุปการคุณมูลนิธิฯ (บริจาคตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป) รับ ไม่รับ

ขอมอบสิทธิประโยชน์ในการขอรับบัตรผู้มีอุปการคุณมูลนิธิฯ ให้กับ.....

ชื่อภาษาอังกฤษ.....หมายเลขประจำตัวคนใช้(HN).....



ข้อตกลงการเข้าร่วมกิจกรรม กรุณาแสดกน

ข้าพเจ้าได้อ่านและทำความเข้าใจข้อกำหนดและเงื่อนไขและประกาศความเป็นส่วนตัวของมูลนิธิโรงพยาบาล

พระมงกุฎเกล้าในพระราชูปถัมภ์ฯ และให้ความยินยอมมูลนิธิฯ ดำเนินตามนโยบายความเป็นส่วนตัว

ลงชื่อ.....ผู้บริจาค/ลายมือชื่อผู้ถือบัตร

(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ได้รับบริจาค เงินสด

เช็ค ธนาคาร.....สาขา.....

เลขที่.....ลงวันที่.....

จำนวนเงิน..... (.....)

เลขที่RV.....มอบให้ผู้บริจาคเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับบริจาค