



## เอกสารการขอชำระเงินบริจาคแบบ “รายเดือน”

ข้าพเจ้ายินดีร่วมบริจาคเงินโครงการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ เพื่อ “อาคารศรีสวรินทิราอนุสรณ์ 150 ปี” โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย

### + ข้าพเจ้าต้องการให้สำนักงานจัดหารายได้ สภากาชาดไทย จัดส่งใบเสร็จรับเงินการบริจาค ตามรายละเอียด ดังนี้

ออกใบเสร็จในนาม ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) ..... นามสกุล .....

ที่อยู่ ..... โทรศัพท์ .....

ข้อมูลผู้บริจาค  ชาย  หญิง วัน/เดือน/ปีเกิด ...../...../..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน

- ประสงค์บริจาคทุกเดือน ๆ ละ  600 บาท  1,200 บาท  2,000 บาท  2,500 บาท  3,000 บาท
- อื่นๆ จำนวน ..... บาท (.....) (โปรดระบุจำนวนเงินเป็นตัวอักษร)

### + บริจาคเงินโดยขอให้ธนาคารหักจาก “บัตรเครดิต” เป็นรายเดือน

• หมายเลขบัตรเครดิต ...../...../...../..... วันหมดอายุบัตร ...../.....

AMEX  MASTER CARD  VISA  อื่นๆ..... ชื่อ-นามสกุล (ตามบัตร) .....

### + บริจาคเงินโดยขอให้ธนาคารหักจาก “บัญชีเงินฝาก” เป็นรายเดือน

เรียน ผู้จัดการธนาคาร ..... สาขา .....

• เป็นเจ้าของบัญชีธนาคาร ..... สาขา .....

ประเภทบัญชี ..... ชื่อบัญชี .....

เลขที่บัญชี    -  -       -

ลงนาม ..... เจ้าของบัญชี (ตามที่ได้ให้ไว้กับธนาคาร) วันที่ .....

(\*\*\*เอกสารสำคัญ!! กรณีที่หักเงินบริจาคจากบัญชีเงินฝากกรุณานำเสนอผู้จัดการธนาคารที่ท่านเปิดบัญชี เพื่อลงนามรับรอง “ก่อน” นำส่งสภากาชาดไทย จะเป็นพระคุณยิ่ง\*\*\*)

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานจัดหารายได้ สภากาชาดไทย

ธนาคารพร้อมจะดำเนินการตามความประสงค์ของเจ้าของบัญชีข้างต้น

จึงขอส่งใบอนุมัติ เรียนมาเป็นหลักฐานเพื่อดำเนินการต่อไป

ลายมือชื่อ ..... ผู้จัดการธนาคาร

วันที่ ..... โทรศัพท์ ..... (ธนาคาร)

ด้วยความขอบพระคุณยิ่ง...จากสำนักงานจัดหารายได้ สภากาชาดไทย

ท่านที่ต้องการรับใบเสร็จรับเงิน กรุณาส่งแบบฟอร์มการบริจาคนี้ พร้อมหลักฐานการบริจาค

โดยส่งทางไปรษณีย์มาที่ สำนักงานจัดหารายได้ สภากาชาดไทย ตึกอำนวยการ ชั้น 2

ถนนพระรามที่ 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หรือโทรสาร 02 652 4440 หรืออีเมล : pr-fund-rc@hotmail.com

สอบถามเพิ่มเติม โทรศัพท์ 0 2256 4440-3 , 0 2255 9911 , 0 2251 1218