



โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
แบบแจ้งความจำนงบริจาคเงิน

ประสงค์จะออกใบเสร็จในนาม

เลขที่บัตรประชาชน/เลขผู้เสียภาษี

ที่อยู่สำหรับออกใบเสร็จ

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จ ที่อยู่เดียวกับที่ออกใบเสร็จ ที่อยู่ใหม่

เบอร์โทรติดต่อ

มีความประสงค์จะบริจาคเงิน จำนวน บาท ให้โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ มฟล. เพื่อวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เงินบริจาคเพื่อสนับสนุนโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์ มฟล.(ลดหย่อนภาษี 2 เท่า)
 2. อื่นๆ (ระบุ).....
 3. ไม่ระบุวัตถุประสงค์

ประเภทการชำระเงิน

1. เงินสด
 2. เช็ค ธนาคาร สาขา เลขที่เช็ค
3. โอนเงินเข้าบัญชีดังนี้
- ธนาคารกรุงไทย จำกัด(มหาชน) สาขา ตลาดบ้านดู่ (เชียงใหม่)
ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง (โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง)
เลขที่บัญชี 842-0-43560-0
- อื่นๆ ระบุ

(กรุณาส่งใบ Pay-in มายัง e-mail : ratree.sri@mfu.ac.th พร้อมแบบแจ้งความจำนงฯ มาที่ 0-5391-4106)

ลงชื่อผู้นำส่งเงิน/ผู้บริจาค
(.....)

วันที่

ลงชื่อผู้รับเงิน
(.....)

วันที่

ลงชื่อ.....ผู้รับเอกสาร(ฝ่ายบัญชี)
(.....)

วันที่

หมายเหตุ : 1. โปรดเก็บรักษาใบเสร็จรับเงินเพื่อประกอบการยื่นลดหย่อนภาษีเงินได้ฯ ประจำปี

2. สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ งานการเงินบัญชีและงบประมาณ โทรศัพท์ 0-5391-4106