



ใบแสดงความจำนงบริจาคเงินสนับสนุน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย

เลขที่

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/หน่วยงาน/บริษัท/ห้างร้าน)
ที่อยู่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์
มีความประสงค์บริจาคเงินจำนวนบาท(.....)

โดย...

- โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ธนาคารกรุงไทยจำกัด สาขาเมืองพระชนก จังหวัดอุทัยธานี
ชื่อบัญชี “สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี” (เงินบริจาคเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย)
เลขที่บัญชี 980 - 6 - 36475 - 9 โดยส่งใบแจ้งความจำนงและสำเนาการโอนเงิน
ทางโทรสารหมายเลข 0 5651 1327
- บริจาคเงินสด ได้ที่ กลุ่มงานบริหารทั่วไป(งานการเงิน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
หมายเลขโทรศัพท์ 0 5651 1565 , 0 5651 1327 (คุณจิตรรา แก้วเกษ , คุณศรัณย์รัชต์ สุนประหัตต์)

หมายเหตุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี จะจัดส่งใบรับเงินบริจาคให้ท่านเมื่อได้รับหลักฐานการโอนเงิน

ใบรับเงินบริจาค

เลขที่

วันที่ เดือน พ.ศ. 2554

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เลขที่ 160 หมู่ที่ 3 ต.น้ำซึม อำเภอเมือง จังหวัดอุทัยธานี
ได้รับเงินจาก (นาย/นาง/นางสาว/หน่วยงาน/บริษัท/ห้างร้าน).....
ที่อยู่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ..... จังหวัด รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์
ได้รับเงินบริจาคเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย จำนวนบาท(.....)
ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน