



แบบฟอร์มการขอบริจาคเงิน

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับผู้บริจาค

ชื่อผู้บริจาค (บุคคล หรือ หน่วยงาน).....
ประสงค์บริจาคในนาม.....
ที่อยู่ เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทร..... E-mail.....

การบริจาค

จำนวนเงิน.....บาท ตัวอักษร (.....)
กรณีบริจาค โดยระบุรายชื่อและวัตถุประสงค์.....
.....

วิธีการบริจาค

- โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาถนนเพชรบุรีตัดใหม่
ชื่อบัญชี มูลนิธิ กำแพง อนันต์ ประพุทธ เพื่อสุขภาพมารดาและทารกปริกำเนิด เลขที่บัญชี 041-0-15111-4

ลงชื่อ

(.....)

วันที่/...../.....

หมายเหตุ :

กรุณาส่งหลักฐานแบบฟอร์มการขอบริจาค การโอนเงิน มาที่ สำนักงานสมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย ชั้น 9
อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี เลขที่ 2 ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 0 2716 6632-3 โทรสาร 0 2716 5220 หรือ E-mail : thaiperinatal@hotmail.com

สำหรับเจ้าหน้าที่

เรียน ประธานมูลนิธิฯ / เภรัญญิก / รองประธานกรรมการ

เพื่อโปรดทราบและมอบงานการเงิน

ลงชื่อ.....

(.....)

ทราบและมอบตามเสนอ

ลงชื่อ.....

(.....)

มูลนิธิ กำแพง อนันต์ ประพุทธ เพื่อสุขภาพมารดาและทารกปริกำเนิด