

ใบแสดงความประสงค์บริจาคเงินกองทุนสวัสดิการ สสจ.อุบลราชธานี

วันที่.....เดือน.....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 (.....)

โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อการพัฒนางานวิชาการและวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

.....

วิธีการบริจาค

โอนเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาถนนชยางกูร

ชื่อบัญชี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (เงินกองทุนสวัสดิการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

อุบลราชธานี) เลขที่บัญชี 321-0-63017-8

ลงชื่อ.....ผู้บริจาค

(.....)

วันที่...../...../.....