

แบบฟอร์มแจ้งความจำนงบริจาคเงินทุนการศึกษา นิสิตแพทย์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ชื่อ - สกุล ผู้บริจาค

บริจาคในนาม (ชื่อที่ใช้ในการออกใบเสร็จ).....

เลขประจำตัวประชาชน /เลขผู้เสียภาษี.....

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน..... ซอย.....

ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... E-mail.....

มีความประสงค์ที่จะบริจาคทุนการศึกษาแก่นิสิตคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ใบเสร็จสามารถนำไปลดหย่อนภาษีได้ โดยมีสิทธิหักลดหย่อนได้ 2 เท่าของจำนวนเงินที่ได้จ่ายไปจริง แต่ไม่เกินร้อยละ 10 ของเงินคงเหลือหลังจากหักค่าใช้จ่ายและค่าลดหย่อนหมวดต่าง ๆ แล้ว พระราชกฤษฎีกาฯ ฉบับที่ 420 พ.ศ. 2547)

โดยขอบริจาคเป็น

เงินสด จำนวน.....บาท (.....)

เช็ค ธนาคาร.....เลขที่.....วันที่.....

(ระบุนาม “ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เพื่อกองทุนพัฒนาศูนย์การแพทย์ฯ”) จำนวน.....บาท (.....)

โอนเงินผ่าน ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา มศว องค์กรฯ ประเภทบัญชีออมทรัพย์
ชื่อบัญชี CENTER HRH PRINCESS MAHA CHAKRI SIRIDHOONMIDICAL CENTER DEVELOP FUND
เลขที่บัญชี 283-2-01595-6 จำนวน.....บาท (.....)

กลุ่มผู้บริจาค

ศิษย์เก่า คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ รุ่นที่.....

ศิษย์เก่า มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปีที่จบการศึกษา.....

อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผู้ปกครองนิสิตคณะแพทยศาสตร์

บุคคลทั่วไป

ลงชื่อ.....ผู้บริจาค

(.....)

วันที่.....

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม และส่งเอกสารแจ้งความจำนงบริจาคทุนการศึกษา และหลักฐานการบริจาคเงินได้ที่....

งานพัฒนาศักยภาพนิสิต คณะแพทยศาสตร์ มศว E-mail san.medswu@gmail.com

โทร 037-395-451-5 ต่อ 60110 หรือทางไปรษณีย์มาที่งานพัฒนาศักยภาพนิสิต ชั้น1 คณะแพทยศาสตร์ มศว

62 หมู่ 7 ต.องครักษ์ อ.องครักษ์ จ.นครนายก 26120

เลขที่ใบเสร็จ..... วันที่..... ผู้รับเงิน