

❖ แบบฟอร์มผู้มีจิตศรัทธาบริจาคเพื่อสมทบ ❖

**กองทุนปันน้ำใจให้เด็กป่วย ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์
มูลนิธิตึก สก. ในพระบรมราชูปถัมภ์**

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ชื่อผู้บริจาค

ที่อยู่

ตรอก/ซอย

ถนน

ตำบล อำเภอ

จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร

อีเมล

ขอบริจาคเงินเพื่อสมทบ

**กองทุนปันน้ำใจให้เด็กป่วย ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์
มูลนิธิตึก สก. ในพระบรมราชูปถัมภ์**

ได้ที่ ตึก สก. ชั้น 10 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

เป็นเงิน..... บาท

(.....) ตัวอักษร

โดยชำระเป็น เงินสด

เช็คส่วนตัว

ส่งจ่าย มูลนิธิตึก สก. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

เลขที่บัญชี 623-2-05906-9 ธ.กสิกรไทย สาขา รพ.จุฬาลงกรณ์

โทร. 02-256-5310 Fax. 02-256-5210

ลงชื่อ.....

วันที่.....

* ใบเสร็จรับเงินบริจาคของมูลนิธิตึก สก. ในพระบรมราชูปถัมภ์

สามารถนำไปลดหย่อนภาษีได้

Donate Your Money to Help Sick Children

Donator

Address

.....

.....

Tel.

E-mail

In the sum of *Baht*

(.....)

Signature

Please contact:

OFFICE, 10th FLOOR
H.M. QUEEN SIRIKIT BUILDING
KING CHULALONGKORN MEMORIAL
HOSPITAL

Under the Royal Patronage Thai Red Cross Society