

แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์บริจาคเงินสมทบ

กองทุนคณะเทคนิคการแพทย์

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....

O บุคลากรคณะเทคนิคการแพทย์.....

O หน่วยงานภาครัฐ/เอกชน.....

O หน่วยงานใน ม.อ.....

ที่อยู่/ที่ทำงาน

.....

.....

เบอร์ภายใน (ม.อ.).....

โทรศัพท์.....

e-mail :.....

ประสงค์บริจาคเงินเพื่อสมทบ

O กองทุนคณะเทคนิคการแพทย์

O ทุน.....

O ทุน.....

O ทุน.....

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

โดยบริจาคเป็น

O เงินสด

O ธนาคา/เช็คธนาคาร/ตัวแลกเงิน ส่งจ่ายในนาม “กองทุนคณะเทคนิคการแพทย์”

O โอนเงินเข้าบัญชีกองทุน โครงการจัดตั้งคณะเทคนิคการแพทย์

ชื่อบัญชี กองทุนคณะเทคนิคการแพทย์

ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เลขที่.....ประเภท ออมทรัพย์

O บริจาครายเดือน เดือนละ.....บาท

จึงเรียนมาเพื่อการดำเนินการตามเจตจำนงของข้าพเจ้าต่อไปด้วย

ลงชื่อ.....

(.....)