



ศิริราชมูลนิธิ เลขที่ 2 ตึกมหิตลบำเพ็ญ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ถนนวังหลัง
 แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทรศัพท์ 02-419-7658-60 ต่อ 101-104
 โทรสาร 02-419-7687 E-Mail : donate_siriraj@hotmail.com

แบบฟอร์มการบริจาค

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รหัสผู้บริจาค.....รหัสทุน.....(สำหรับเจ้าหน้าที่)

นามผู้บริจาค (นาย,นาง,นางสาว,อื่นๆ).....

วัตถุประสงค์การบริจาคเพื่อ.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....หมู่บ้าน.....อาคาร.....

ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....E-mail :.....

โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ร่วมบริจาคเงินสมทบทุน ศิริราชมูลนิธิ

ผ่านการโอนเงินเข้าบัญชี “ศิริราชมูลนิธิ” กรุณาส่งหลักฐานการโอนเงิน เพื่อใช้ในการออกใบเสร็จ

- | | | | | | |
|-----|-----------------|------------------|------------------|--------|----------------|
| () | ศ.ไทยพาณิชย์ | สาขาศิริราช | บัญชีกระแสรายวัน | เลขที่ | 016-3-00049-4 |
| () | ศ.กสิกรไทย | สาขาศิริราช | บัญชีออมทรัพย์ | เลขที่ | 638-2-13545-6 |
| () | ศ.ทหารไทย | สาขาศิริราช | บัญชีออมทรัพย์ | เลขที่ | 085-2-08995-2 |
| () | ศ.กรุงไทย | สาขาปิ่นเกล้า | บัญชีออมทรัพย์ | เลขที่ | 031-0-04905-9 |
| () | ศ.กรุงเทพ | สาขารพ.ศิริราช | บัญชีออมทรัพย์ | เลขที่ | 901-7-00988-8 |
| () | ศ.กรุงศรีอยุธยา | สาขาอรุณอมรินทร์ | บัญชีออมทรัพย์ | เลขที่ | 157-1-08108-3 |
| () | ศ.ออมสิน | สาขาศิริราช | บัญชีออมทรัพย์ | เลขที่ | 020-02404205-1 |

ผ่านบัตรเครดิต ธนาคาร.....ประเภทบัตรเครดิต VISA MASTER CARD

เลขบัตรเครดิต

บัตรหมดอายุ (VALID THRU)..... /.....ลายเซ็นผู้ถือบัตร.....

() บริจาคแบบครั้งเดียว จำนวน(ตัวเลข).....บาท (ตัวอักษร).....บาท

กำหนดการตัดบัตรเครดิตครั้งเดียว วันที่.....เดือน.....ปี.....

() บริจาคแบบรายเดือน จำนวน(ตัวเลข).....บาท (ตัวอักษร).....บาท

ระยะเวลาในการตัดบัตร จำนวน.....เดือน หรือ จนกว่าจะแจ้งยกเลิกการบริจาค

กำหนดการตัดบัตรเครดิต รอบวันที่ 5 10 20 25

เริ่มการบริจาค เดือน.....ปี.....

กรณีสั่งจ่ายเช็คกรุณาขีดค้อม A/C PAYEE ONLY สั่งจ่าย ศิริราชมูลนิธิ

กรณีสั่งจ่ายธนาคารใด สั่งจ่ายในนาม ศิริราชมูลนิธิ (ปท.ศิริราช)