

Giving

and Sharing

คำว่าให้...ไม่สิ้นสุด

คำว่าให้...ไม่สิ้นสุด



มูลนิธิรามาธิบดี

โรคร้าย
ไม่ใช่เรื่องของ
คนคนเดียว
คุณช่วยได้



ร่วมบริจาคซื้อเครื่องมือแพทย์

สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบศร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



เชิญร่วมบริจาคซื้อเครื่องมือแพทย์ สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์

ชื่อ.....นามสกุล.....

กรุณารอกเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก เพื่อส่งข้อมูลเข้าระบบ e-Donation ให้กรมสรรพากร

เลขประจำตัวประชาชน

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

บ้านเลขที่.....หมู่.....ตรอก/ซอย.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

มือถือ.....อีเมล.....

มีความประสงค์ร่วมบริจาคเงินสมทบทุน :

() บริจาคทุกเดือน

เดือนละ ☐ 600 บาท ☐ 1,200 บาท ☐ 2,500 บาท ☐ อื่นๆ จำนวน.....บาท

เป็นระยะเวลา ☐ 12 เดือน ☐ 24 เดือน ☐ ตลอดชีพ ☐ หรือ.....เดือน(โปรดระบุ)

() บริจาคครั้งเดียว ☐ 600 บาท ☐ 1,500 บาท ☐ 3,000 บาท ☐ อื่นๆ จำนวน.....บาท

☐ ผ่านบัตรเครดิต () วีซ่า () มาสเตอร์การ์ด

บัตรธนาคาร.....บัตรหมดอายุ.....

หมายเลขบัตร

(เลข 16 หลัก จากด้านหน้าบัตร)

ชื่อ-สกุล ผู้ถือบัตร.....

ลายมือชื่อ ผู้ถือบัตร.....

☐ หักบัญชีเงินฝาก (โปรดกรอกหนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากธนาคาร)

() ธ.กรุงเทพ () ธ.กรุงไทย () ธ.กสิกรไทย () ธ.ไทยพาณิชย์

ทุกวันที่.....ของทุกเดือน.....เริ่มต้นเดือน.....พ.ศ.

☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร ชื่อบัญชี มูลนิธิรามาริบัติ ☐ บริจาคผ่าน QR Code

() ธ.กรุงเทพ เลขที่ 090-7-00123-4

() ธ.กรุงไทย เลขที่ 020-0-06583-1

() ธ.กรุงศรีอยุธยา เลขที่ 072-1-35991-0

() ธ.กสิกรไทย เลขที่ 879-2-00448-3

() ธ.ทหารไทย เลขที่ 046-2-42103-3

() ธ.ไทยพาณิชย์ เลขที่ 026-4-26671-5



☐ กรณีส่งจ่ายเช็คกรุณาส่งจ่ายในนาม มูลนิธิรามาริบัติ

☐ กรณีบริจาคโดยธนาคารใด กรุณาระบุชื่อผู้รับเงินเป็น มูลนิธิรามาริบัติ (โครงการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์) ปณศ.สามเสนใน

หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากธนาคาร “โครงการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์”

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน ผู้จัดการ บมจ.ธนาคาร.....สาขา.....

ข้าพเจ้า.....

เจ้าของบัญชีเงินฝากประเภท.....ชื่อบัญชี.....

สาขาเจ้าของบัญชี.....เลขที่บัญชี 10 หลัก.....

สถานที่ติดต่อเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทร.....

มีความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวของข้าพเจ้าเพื่อบริจาคให้แก่ มูลนิธิรามาริบัติ เป็นรายเดือนตามจำนวนที่ปรากฏในใบยินยอมความจำนองขอบริจาค หรือข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ที่ทางธนาคารได้รับจากมูลนิธิรามาริบัติ และนำเงินดังกล่าวโอนเข้าบัญชีของมูลนิธิรามาริบัติ

ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า เพื่อบริจาคให้แก่มูลนิธิรามาริบัติ ดังกล่าว หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่มูลนิธิรามาริบัติ แจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้องและธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีเงินฝากข้าพเจ้าตามจำนวนที่ปรากฏตามใบยินยอมความจำนองขอบริจาค หรือข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าตกลงจะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากมูลนิธิรามาริบัติโดยตรง โดยทั้งนี้ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้อง หรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินที่ธนาคารได้หักโอนจากบัญชีของข้าพเจ้าเพื่อบริจาคแก่มูลนิธิรามาริบัติ ตามจำนวนที่ปรากฏในใบยินยอมความจำนองขอบริจาค หรือข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ที่ธนาคารได้รับจากมูลนิธิรามาริบัติ และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีของข้าพเจ้าได้ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในการหักบัญชีในขณะนั้นเท่านั้น และในการหักบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการดังกล่าวได้จากสมุดคู่ฝาก / STATEMENT ของธนาคาร หรือจากใบรับ / ใบเสร็จรับเงินของมูลนิธิรามาริบัติ

ในกรณีที่เอกสารหลักฐาน เลขที่บัญชีเงินฝากที่กล่าวไว้ในวรรคข้างต้น ได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าโดยเหตุใดก็ตาม หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากธนาคารฉบับนี้ยังคงมีผลใช้บังคับสำหรับบัญชีเงินฝากหมายเลขที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆ ได้ด้วยทุกประการ การให้หักบัญชีเงินฝากธนาคารดังกล่าวข้างต้น ให้มีผลบังคับทันทีนับแต่วันที่ข้าพเจ้าทำหนังสือนี้ และให้คงมีผลบังคับต่อไปจนกว่าจะได้เพิกถอน โดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารและมูลนิธิรามาริบัติ ทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

(ตามที่ได้ไว้กับธนาคาร)

ธนาคารตรวจสอบแล้วถูกต้อง

รับรองลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม บมจ.ธนาคาร.....สาขา.....

ลงชื่อ.....ลงชื่อ.....

(.....)(.....)

มูลนิธิรามาริบัติ (ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจสาขา)

ช่องทางการส่งเอกสารการบริจาค

กรุณาส่งแบบฟอร์มร่วมบริจาคฉบับนี้และหลักฐานการบริจาคกลับแก่มูลนิธิรามาริบัติ

โทร. 0 2201 1111 โทรสาร 0 2201 1481 หรือ อีเมล Info@ramafoundation.or.th



(กรุณาส่งหนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากนี้ พร้อมแบบฟอร์มร่วมบริจาค กลับมาที่ มูลนิธิรามาริบัติ ตู้ ปณ.22 ปณศ.สามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400)

การบริจาคเงินผ่านบัตรเครดิตหรือหักบัญชีเงินฝากธนาคาร ต้องมียอดเงินบริจาคขั้นต่ำ 100 บาท