

สร้างโอกาสการรักษา

สร้างบุคลากรการแพทย์



โครงการทุนการศึกษารามารับดี

“การให้” ที่มีคุณค่า คือการให้ “การศึกษา”
สร้างบุคลากรการแพทย์ดูแลชีวิตคนไทย

มากกว่า 3,800 คน/ปี

นักศึกษาทุกชั้นปีจากทุกหลักสูตร
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี



มากกว่า 870 คน/ปี

นักศึกษาที่สำเร็จการศึกษา
พร้อมช่วยเหลือและเป็นพี่เลี้ยงของผู้ป่วย

ปัจจุบันยังมีนักศึกษาขาดแคลนทุนทรัพย์ รอคอยความช่วยเหลือ



ชื่อ.....นามสกุล.....
กรณารอกเลขประจำตัวประชาชน 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

กรุณาเลือกช่องทางการบริจาค :

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร ชื่อบัญชี มูลนิธิรามาริบัติ

- () ธ.กรุงเทพ สาขาศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ รพ.รามาริบัติ เลขที่ 090-7-00123-4
() ธ.กรุงไทย สาขาเตาปูน เลขที่ 020-0-06583-1
() ธ.กรุงศรีอยุธยา สาขาสี่แยกสะพานกรุงธน เลขที่ 072-1-35991-0
() ธ.กสิกรไทย สาขาศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ รพ.รามาริบัติ เลขที่ 879-2-00448-3
() ธ.ทหารไทย สาขาสยามเสื่อป่า เลขที่ 046-2-42103-3
() ธ.ไทยพาณิชย์ สาขารามาริบัติ เลขที่ 026-4-26671-5

และสามารถบริจาคผ่านช่องทางเครื่อง ATM และ CDM ของธนาคาร

ผ่านบัตรเครดิต () วีซ่า () มาสเตอร์การ์ด

บัตรธนาคาร.....บัตรหมดอายุ.....
หมายเลขบัตร
(เลข 16 หลัก จากด้านหน้าบัตร)

ชื่อ-สกุล ผู้ถือบัตร.....
ลายมือชื่อ ผู้ถือบัตร.....

กรณีส่งจ่ายเช็ค กรุณาส่งจ่ายในนาม มูลนิธิรามาริบัติ

กรณีบริจาคโดยธนาคาร กรุณาระบุชื่อผู้รับเงินเป็น มูลนิธิรามาริบัติ ปณศ.สามเสนาใน

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

หมายเลขบัญชี.....ชื่อบัญชี.....
เป็นจำนวนเงิน.....บาท ทุกวันที่.....ของทุกเดือน
เริ่มต้นเดือน.....พ.ศ.....สิ้นสุดเดือน.....พ.ศ.....

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 เป็นรายเดือน เดือนละ.....บาท (.....)
เป็นระยะเวลา.....เดือน หรือตามจำนวนที่ปรากฏในใบยื่นความจำนขอบริจาค
หรือสื่อบันทึกข้อมูล (DISKETTE / TAPE) หรือสื่อข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ที่ทางธนาคาร
ได้รับจาก มูลนิธิรามาริบัติ และนำเงินดังกล่าวโอนเข้าบัญชีของมูลนิธิรามาริบัติ

ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า เพื่อบริจาคให้แก่มูลนิธิรามาริบัติ ดังกล่าว
หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่มูลนิธิรามาริบัติ แจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้อง
และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีเงินฝากข้าพเจ้า ตามจำนวนที่ปรากฏตามใบยื่นความ
จำนขอบริจาค หรือแผ่นบันทึกข้อมูล (DISKETTE / TAPE) หรือสื่อข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์
เรียบร้อยแล้วข้าพเจ้าตกลงจะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากมูลนิธิรามาริบัติ
โดยตรง โดยทั้งนี้ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินที่ธนาคาร
ได้หักโอนจากบัญชีของข้าพเจ้าเพื่อบริจาคแก่มูลนิธิรามาริบัติ ตามจำนวนที่ปรากฏในใบ
ยื่นความจำนขอบริจาคหรือแผ่นบันทึกข้อมูล (DISKETTE / TAPE) หรือสื่อข้อมูลทาง
อิเล็กทรอนิกส์ ที่ธนาคารได้รับจากมูลนิธิรามาริบัติ และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหัก
เงินจากบัญชีของข้าพเจ้าได้ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในการหักบัญชีในขณะนั้นเท่านั้น
และในการหักบัญชีเงินฝากดังกล่าว ข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชี
แต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการดังกล่าวได้จากสมุดคู่ฝาก / STATEMENT
ของธนาคาร หรือจากใบรับ / ใบเสร็จรับเงินของมูลนิธิรามาริบัติ

กรณีที่เอกสารหลักฐาน เลขที่บัญชีเงินฝากที่กล่าวในวรรคข้างต้น ได้เปลี่ยนแปลง
ไปไม่ว่าโดยเหตุใดก็ตาม หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากธนาคารฉบับนี้จะมีผลใช้
บังคับสำหรับบัญชีเงินฝากหมายเลขที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆ ได้ด้วยทุกประการ
การให้หักบัญชีเงินฝากธนาคารดังกล่าวข้างต้น ให้มีผลบังคับทันทีนับแต่วันที่ทำหนังสือ
นี้ และให้คงมีผลบังคับต่อไปจนกว่าจะได้เพิกถอน โดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคาร
และมูลนิธิรามาริบัติ ทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน

ขอแสดงความนับถือ
ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)
(ตามที่ให้ไว้กับธนาคาร)

ธนาคารตรวจสอบแล้วถูกต้อง
รับรองลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม บมจ.ธนาคาร.....สาขา.....
ลงชื่อ.....ลงชื่อ.....
(.....) (.....)
มูลนิธิรามาริบัติ (ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจสาขา)

(กรุณาส่งหนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากนี้ พร้อมแบบฟอร์มร่วมบริจาค กลับมาที่
มูลนิธิรามาริบัติฯ ตู้ ปณ.22 ปณศ.สามเสนาใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400)
การบริจาคผ่านบัตรเครดิตต้องมียอดเงินขั้นต่ำ 200 บาท
การบริจาคหักผ่านบัญชีต้องมียอดบริจาคขั้นต่ำ 100 บาท

คำว่าให้...ไม่สิ้นสุด



ช่องทางการส่งเอกสารการบริจาค

กรุณาส่งแบบฟอร์มร่วมบริจาคฉบับนี้และหลักฐานการบริจาคกลับมาที่มูลนิธิรามาริบัติฯ
โทร. 0 2201 1111 แลพซ์ 0 2201 1481 หรือ อีเมล info@ramafoundation.or.th