

คำว่าให้..ไม่สิ้นสุด



เชิญร่วมบริจาคเงินซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์  
เพื่อสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบศร  
บุคลากรการแพทย์ ได้ใช้รักษาผู้ป่วย นักศึกษา ได้ใช้เรียนรู้



# “โครงการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ เพื่อสถาบันการแพทย์จักรินฤๅณดิ๑นทร์”

ชื่อ.....นามสกุล.....  
 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 มูลนิธิรามาริ๑นดิ๑

- ( ) ธ.กรุงเทพ สาขาศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน รม.รามาริ๑นดิ๑ เลขที่ 090-7-00123-4
- ( ) ธ.กรุงไทย สาขาเตาปูน เลขที่ 020-0-06583-1
- ( ) ธ.กรุงศรีอยุธยา สาขาสี่แยกสะพานกรุงธน เลขที่ 072-1-35991-0
- ( ) ธ.กสิกรไทย สาขาศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน รม.รามาริ๑นดิ๑ เลขที่ 879-2-00448-3
- ( ) ธ.ทหารไทย สาขาสนามเสือป่า เลขที่ 046-2-42103-3
- ( ) ธ.ไทยพาณิชย์ สาขารามาริ๑นดิ๑ 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.....

- กรณีสั่งจ่ายเช็ค กรุณาส่งจ่ายในนาม มูลนิธิรามาริ๑นดิ๑
- กรณีบริจาคโดยธนาคาร กรุณาระบุชื่อผู้รับเงินเป็น มูลนิธิรามาริ๑นดิ๑ ปณ.๑.๑๑๑๑๑๑
- หักบัญชีเงินฝาก ( ) ธ.กรุงเทพ ( ) ธ.กรุงไทย ( ) ธ.กสิกรไทย ( ) ธ.ไทยพาณิชย์ (โปรดกรอกหนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากธนาคาร)

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

# “โครงการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ เพื่อสถาบันการแพทย์จักรินฤๅณดิ๑นทร์”

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 มูลนิธิรามาริ๑นดิ๑ เป็นรายเดือน เดือนละ.....บาท (.....) เป็นระยะเวลา.....เดือน หรือตามจำนวนที่ปรากฏในใบยื่นความจำนงขอบริจาค หรือสื่อบันทึกข้อมูล (DISKETTE / TAPE) หรือสื่อข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ที่ทางธนาคารได้รับจาก มูลนิธิรามาริ๑นดิ๑ และนำเงินดังกล่าวโอนเข้าบัญชีของมูลนิธิรามาริ๑นดิ๑

ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า เพื่อบริจาคให้แก่มูลนิธิรามาริ๑นดิ๑ ดังกล่าว หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่มูลนิธิรามาริ๑นดิ๑ แจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้อง และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีเงินฝากข้าพเจ้า ตามจำนวนที่ปรากฏตามใบยื่นความจำนงขอบริจาค หรือแผ่นบันทึกข้อมูล (DISKETTE / TAPE) หรือสื่อข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์เรียบร้อยแล้วข้าพเจ้าตกลงจะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากมูลนิธิรามาริ๑นดิ๑ โดยตรง โดยทั้งนี้ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการเรียกร้องหรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินที่ธนาคารได้หักโอนจากบัญชีของข้าพเจ้าเพื่อบริจาคแก่มูลนิธิรามาริ๑นดิ๑ ตามจำนวนที่ปรากฏในใบยื่นความจำนงขอบริจาคหรือแผ่นบันทึกข้อมูล (DISKETTE / TAPE) หรือสื่อข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ที่ธนาคารได้รับจากมูลนิธิรามาริ๑นดิ๑ และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีของข้าพเจ้าได้ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในการหักบัญชีในขณะนั้นเท่านั้น และในการหักบัญชีเงินฝากดังกล่าว ข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการดังกล่าวได้จากสมุดคู่ฝาก / STATEMENT ของธนาคาร หรือจากใบรับ / ใบเสร็จรับเงินของมูลนิธิรามาริ๑นดิ๑

ในกรณีที่เอกสารหลักฐาน เลขที่บัญชีเงินฝากที่กล่าวในวรรคข้างต้น ได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าโดยเหตุใดก็ตาม หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากธนาคารฉบับนี้คงมีผลใช้บังคับสำหรับบัญชีเงินฝากหมายเลขที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆ ได้ด้วยทุกประการ การให้หักบัญชีเงินฝากธนาคารดังกล่าวข้างต้น ให้มีผลบังคับทันทีนับแต่วันที่ทำหนังสือนี้ และให้คงมีผลบังคับต่อไปจนกว่าจะได้เพิกถอน โดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคาร และมูลนิธิรามาริ๑นดิ๑ ทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน

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

ธนาคารตรวจสอบแล้วถูกต้อง  
 รับรองลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม บมจ.ธนาคาร.....สาขา.....  
 ลงชื่อ.....ลงชื่อ.....  
 (.....) (.....)  
 มูลนิธิรามาริ๑นดิ๑ (ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจสาขา)

(กรุณาส่งหนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากนี้ พร้อมแบบฟอร์มร่วมบริจาค กลับมาที่ มูลนิธิรามาริ๑นดิ๑ ตู้ ปณ.22 ปณ.๑.๑๑๑๑๑๑ เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400)

การบริจาคผ่านบัตรเครดิตต้องมียอดเงินขั้นต่ำ 200 บาท  
 การบริจาคหักผ่านบัญชีต้องมียอดบริจาคขั้นต่ำ 100 บาท



## ช่องทางการส่งเอกสารการบริจาค

กรุณาส่งแบบฟอร์มร่วมบริจาคฉบับนี้และหลักฐานการบริจาคกลับมาที่มูลนิธิรามาริ๑นดิ๑  
 โทร. 0 2201 1111 แฟกซ์ 0 2201 1481 หรือ อีเมล info@ramafoundation.or.th