



ใบแจ้งความจำนงบริจาค
มูลนิธิศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....
ที่อยู่.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... มือถือ.....
E-mail.....

ขอบริจาคโดย :

- () เงินสด จำนวน.....บาท (.....)
- () เช็ค ธนาคาร.....สาขา.....เลขที่.....
ลงวันที่.....จำนวน.....บาท (.....)
- () อื่น ๆ.....

- เพื่อสมทบทุน

- () มูลนิธิศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

(ลงนาม).....

(.....)

ผู้บริจาคหรือตัวแทนผู้บริจาค

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....