



คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

99/209 หมู่ที่ 18 ถนนพหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120 โทร. 0-2926-9682-4

ใบแสดงวัตถุประสงค์ในการบริจาคเงิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) .....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

เลขที่บัตรประชาชน.....โทรศัพท์.....E-mail.....

ขอบริจาคเงินให้แก่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จำนวนเงิน.....บาท

(.....) โดยมีวัตถุประสงค์ในการบริจาค คือ

- ไม่ระบุวัตถุประสงค์
- เพื่อสนับสนุนการศึกษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ **\*\*สามารถลดหย่อนภาษีได้\*\***
- เพื่ออาจารย์ใหญ่แพทย์โดม
- เพื่อสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยและจัดตั้งศูนย์ไตเทียม ศูนย์แพทย์ปฐมภูมิและแพทย์แผนไทยประยุกต์
- อื่น ๆ เพื่อ.....

หรือ พร้อมนี้ได้นำส่งเงินบริจาคเป็นทรัพย์สิน ดังนี้

- เงินสด / โอนเงินเข้าบัญชี
- เชื่อกฎบัตร.....สาขา.....
- เลขที่เช็ค.....ลงวันที่.....

มาแล้วนั้น ทั้งนี้โปรดออกใบเสร็จรับเงินบริจาคในนามชื่อ ภาษาไทย.....

ภาษาอังกฤษ.....

และจัดส่งให้ข้าพเจ้า ตามชื่อและที่อยู่ข้างต้นด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่ ...../...../.....