



มูลนิธิรามาริบัติ

ใบแจ้งความจำนงบริจาค ผ่านบัตรเครดิต สานต่อการให้...ไม่สิ้นสุด

ชื่อผู้บริจาค(นาย/นาง/นางสาว/ยศตำแหน่ง).....

ออกใบเสร็จในนาม.....

เลขบัตรประชาชน วัน/เดือน/ปีเกิด...../...../.....

ที่อยู่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... Email.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ร่วมบริจาคสมทบทุน

- โครงการเพื่อผู้ป่วยยากไร้ โครงการจัดซื้อเครื่องมือแพทย์เพื่อสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์
- โครงการทุนการศึกษารามาริบัติ โครงการรามาริบัติเพื่อโรงพยาบาลชุมชน โครงการโครงการอาคารโรงพยาบาลรามาริบัติ และย่านนวัตกรรมโยธี

บริจาคต่อเดือนละ 600 บาท 1,200 บาท 2,500 บาท อื่นๆจำนวน.....บาท

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

บริจาคครั้งเดียว 600 บาท 1,500 บาท 3,000 บาท อื่นๆจำนวน.....บาท

หมายเลขบัตรเครดิต บัตรหมดอายุ.....

(เลข 16 หลัก จากด้านหลังบัตร)

บัตรธนาคาร..... ประเภทบัตร VISA MASTER CARD

ชื่อ-สกุลผู้ถือบัตร..... วันที่เริ่มบริจาค.....เดือน.....พ.ศ.....

นำส่งข้อมูลการบริจาคอิเล็กทรอนิกส์ e-Donation ไปที่กรมสรรพากร ยินยอม ไม่ยินยอม

ลงชื่อ.....ลายมือชื่อผู้ถือบัตร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ช่องทางส่งเอกสาร (กรุณาส่งเพียง 1 ช่องทาง)

1.Line@



@ramafoundation

2.Email



info@ramafoundation.or.th

3.Fax



0 2201 1481

4.ไปรษณีย์



มูลนิธิรามาริบัติฯ 270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท
เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 สอภทโทร 0 2201 1111