



แบบฟอร์มการมอบเงินบริจาคคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

1. ผู้มอบเงิน (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

ไม่ประสงค์ลดหย่อนภาษี 2 เท่า

ประสงค์ลดหย่อนภาษี 2 เท่า (โปรดกรอกเลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....

ที่อยู่เพื่อส่งใบเสร็จ เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทร. อีเมล

ขอมอบเงิน จำนวน.....บาท (.....)

มอบเป็น เงินสด บัตรเครดิต

เช็ค เลขที่..... ลงวันที่..... ธนาคาร..... สาขา.....

โอนเงิน ชื่อบัญชี “คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล” เลขที่ 016-4-29805-8

บัญชีออมทรัพย์ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช

2. วัตถุประสงค์การบริจาค ดังนี้

ทุนพัฒนาการศึกษา / วิจัยทางการแพทย์พยาบาลและนวัตกรรม จำนวนเงิน บาท

ทุนช่วยเหลือผู้ป่วย / ซื่ออุปกรณ์ทางการแพทย์ คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ฯ จำนวนเงิน บาท

ทุนการศึกษาสำหรับนักศึกษา จำนวนเงิน บาท

ตั้งกองทุนการศึกษา จำนวนเงิน บาท

ชื่อทุน “.....” (เพื่อเก็บดอกผลมอบให้นักศึกษาเป็นรายปี)

ประเภททุน ทุนซึ่งให้เป็นรางวัลแก่นักศึกษาพยาบาล วัตถุประสงค์ “.....”

ทุนอุดหนุนการศึกษาแก่นักศึกษาที่ขาดแคลน วัตถุประสงค์ “.....”

สมทบทุนการศึกษา จำนวนเงิน บาท

กองทุน “.....” รหัสทุน “.....”

ยินยอมให้นักศึกษาส่งจดหมายขอบคุณ และหรือรายงานผลการศึกษา ตามที่อยู่ข้างต้น ไม่ประสงค์เปิดเผยข้อมูลแก่นักศึกษา

ลงชื่อ.....ผู้มอบเงิน

(.....)

วันที่บริจาค.....

ส่วนของผู้รับ

งานพัฒนานักศึกษา

ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

*กรณีผู้มอบทุนการศึกษาไม่ได้มอบผ่านการเงินโดยตรงหรือมอบผ่านงานพัฒนานักศึกษา

ส่วนของผู้รับ

การเงินและบัญชี

ลงระบบ e-donation แล้ว

ใบรับเงินบริจาคเลขที่ 0994002475486 - 25..... -

ใบเสร็จเล่มที่.....เลขที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....