



มูลนิธิอาจารย์จำเนียร สารธนาค

CHAMNIEN SARANAGA FOUNDATION

48/8 หมู่18 ซอยเสริมสุข ถนนประชาชื่น แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

โทรศัพท์ 02-587-2967 ต่อ 4586-4588 โทรสาร 02-587-2965

**แบบรับเงินบริจาคสมทบทุนกับมูลนิธิอาจารย์จำเนียร สารธนาค (มจส.)**

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานกรรมการมูลนิธิอาจารย์จำเนียร สารธนาค

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.).....นามสกุล.....เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
อายุ.....ปี รหัสพนักงาน.....ตำแหน่ง.....สังกัดกลุ่มงาน.....  
สาขา.....สนจ.....สำนัก/ฝ่าย.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....  
ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....

มีความประสงค์บริจาคเงินให้กับ มจส. ดังนี้

1. บริจาคเป็นรายเดือน เดือนละ.....บาท (.....)

โดยขอให้ มจส. หักเงินจำนวนดังกล่าวจากบัญชีของข้าพเจ้า ประเภทบัญชี.....

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....สาขา.....

ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ..... หรือจนกว่าข้าพเจ้าจะแจ้ง

เปลี่ยนแปลง

2. บริจาครายครั้ง เป็นเงิน.....บาท (.....)

3. บริจาคเข้ากองทุน จำนวน .....บาท ในนามกองทุน .....

โดยบริจาคเป็น

เงินสด

โอนเงินเข้าบัญชี ชื่อบัญชีกองทุนอาจารย์จำเนียร สารธนาค เลขที่ 01-000-250905-6

สาขานางเลิ้ง (สำหรับบริจาคเข้ากองทุน,ช่วยเหลือผู้ประสบภัย,ผู้ป่วยทุพพลภาพ,  
ทุนการศึกษาและอื่นๆ)

โอนเงินเข้าบัญชี ชื่อบัญชีรวมใจสร้างกุศลกับ มจส. เลขที่ 02-003-617831-5

สาขานางเลิ้ง (สำหรับโครงการที่นอนน้ำเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยติดเตียง)

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....

(.....)

หมายเหตุ: 1) โปรดส่งแบบฟอร์มการบริจาคพร้อมแบบสลิปการโอนเงิน (สำหรับการบริจาครายครั้งและกองทุน) ให้ มจส. ทางโทรสาร เบอร์ 02-587-2965

2) สำหรับการบริจาคเป็นรายเดือน หากท่านต้องการแจ้งการเปลี่ยนแปลงการบริจาค โปรดแจ้งให้ มจส. ทราบล่วงหน้า 1 เดือน