

แบบฟอร์มบริจาค

ข้าพเจ้ามีความประสงค์สนับสนุนโครงการทันตกรรมฯ ดังนี้

- บริจาคเงินเป็นค่าวัสดุสิ้นเปลืองและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ใช้งานทันตกรรม โดยเงินจำนวน 500 บาท อุปกรณ์
เด็กพิเศษเป็นค่าทำฟัน 1 คน ต่อ 1 ปี

ข้าพเจ้า มีความประสงค์อุปกรณ์เด็กพิเศษจำนวน คน เป็น
จำนวนเงิน บาท ให้แก่โครงการฯ ผ่านทางคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ ถ.อังรีดูนังต์
กรุงเทพมหานคร 10330 โทร. 02-218-9024 โทรสาร 02-218-9024, 02-255-3058

พร้อมกันนี้ได้ส่งเงิน

- เงินสด จำนวน.....บาท
- เช็คขีดคร่อม ให้ โครงการทันตกรรมปากเกร็ดฯ ผ่านทางคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ
ธนาคาร.....
เลขที่.....
- โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาฯ (หักภาษีได้)
ธนาคารออมสิน เลขที่ **053640041454** สาขาราชประสงค์
- โอนเงินเข้าบัญชีกระแสรายวัน ชื่อบัญชี **International Support Group Foundation** (หักภาษีได้)
ธนาคารไทยพาณิชย์ เลขที่ **009-3-09605-2** สาขาบางกะปิ

ทางโครงการฯ จะจัดส่งรายชื่อเด็กที่ท่านอุปการะและรายงานผลการรักษากลับไปให้ท่านตามนี้

ชื่อ นามสกุล

ที่อยู่

โทร.

ใบเสร็จออกในนาม.....

ขอกราบขอบพระคุณที่ช่วยสนับสนุนโครงการฯ

กรุณาส่งหรือโทรสารหลักฐานใบโอนเงินมาที่โครงการทันตกรรมปากเกร็ด โทรสาร 02-218-9024

หรือ ผศ.ทพญ.วันทนีย์ มุทิรากรู
ประธานโครงการทันตกรรมปากเกร็ด
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
กรุงเทพฯ 10330 โทร. 02-218-9024

หรือ รศ.ทพญ. อัมพุช อินทรประสงค์
ประธานที่ปรึกษาโครงการทันตกรรมปากเกร็ด
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
กรุงเทพฯ 10330 โทร. 02-218-9024