



แบบแสดงความจำนงบริจาคเงินทุนการศึกษา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สำหรับผู้บริจาค

ชื่อสกุลผู้บริจาค

บริจาคในนาม
(ชื่อที่ใช้ในการออกใบเสร็จ)

ที่อยู่
(เพื่อจัดส่งเอกสาร)

เบอร์โทรศัพท์ อีเมล

ท่านเป็นศิษย์เก่าคณะเภสัชศาสตร์ ม.อ. หรือไม่ [] ไม่ใช่ [] ใช่ ปีที่สำเร็จ..... Rx.....

ความประสงค์ในการบริจาคเงินทุนการศึกษา

- [] ประสงค์ให้คณะฯ พิจารณาจัดสรรมอบทุนการศึกษาให้แก่นักศึกษา
- [] ประสงค์มอบทุนการศึกษาให้กับนักศึกษาสาขาวิชา..... ชั้นปี.....
- [] ประสงค์มอบทุนการศึกษาให้กับนักศึกษา ชื่อสกุล..... ชั้นปี.....

จำนวนเงินที่ต้องการบริจาค บาท
จำนวนเงินระบุเป็นตัวอักษร (..... บาท)
() เงินสด

() โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร ชื่อบัญชี "กองทุนคณะเภสัชศาสตร์" ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่บัญชี 565-2-29436-4 (กรุณาส่งหลักฐานการโอนเงิน พร้อมแบบแบบแสดงความจำนงบริจาคเงินทุนการศึกษา ส่งไปที่ หน่วยกิจการนักศึกษา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตู้ ปณ.7 คอหงส์ ต.หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90112 หรือ แฟกซ์ที่เบอร์ 074-212815 หรือ อีเมล apidach.l@psu.ac.th)

ลงชื่อ ผู้บริจาค
(.....)
วันที่/...../.....

หน่วยกิจการนักศึกษา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งในความอนุเคราะห์ และจะจัดส่งใบเสร็จรับเงินและหนังสือตอบขอบคุณให้ท่านตามชื่อและที่อยู่ที่ได้ไว้ต่อไป

สำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับบริจาค

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ได้รับเงินบริจาคตามจำนวนที่ระบุไว้ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ ผู้รับบริจาค
(.....)
วันที่/...../.....