

แบบแสดงความจำนงการบริจาค
วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
315 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทร./แฟกซ์ 0-2763-3582

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้อมูลผู้บริจาค

บุคคล (ยศ/นาย/นาง/นางสาว) ชื่อ.....สกุล.....วันเกิด...../...../.....
 นิติบุคคล (บริษัท/ห้างหุ้นส่วน).....
ที่อยู่.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....e-mail.....

มีความประสงค์บริจาคเงินให้ วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

จำนวนเงิน บาท (.....)
 ทุกเดือน บาท (.....)/ เดือน
 ทุก 3 เดือน บาท (.....)/ 3 เดือน
 ทุก 6 เดือน บาท (.....)/ 6 เดือน
 ทุก ปี บาท (.....)/ ปี

บริจาคเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนทางการศึกษาของวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ลดหย่อนภาษีเงินได้ 2 เท่า (พระราชกฤษฎีกา ฉบับที่ 558)

- เพื่อจัดหา หรือจัดสร้างอาคาร อาคารพร้อมที่ดิน หรือที่ดิน เพื่อใช้ประโยชน์ทางการศึกษา (อาคาร Simulation center)
- เพื่อจัดหาวัสดุอุปกรณ์เพื่อการศึกษา แบบเรียน ตำรา หนังสือทางวิชาการ สื่อ และเทคโนโลยีเพื่อการศึกษา ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา
- เพื่อจัดหาครู อาจารย์ หรือผู้ทรงคุณวุฒิทางการศึกษา หรือเป็นทุนการศึกษา การประดิษฐ์ การพัฒนา การค้นคว้าหรือการวิจัย สำหรับนักเรียนแพทย์ทหารของวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

ลงชื่อ.....ผู้บริจาค
(.....)

การชำระเงินเพื่อเข้าบัญชี “เงินบริจาคเพื่อวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า”

บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาคารทหารไทย จำกัด(มหาชน) สาขาโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

เลขที่บัญชี 038-7-29820-1

**** เพื่อสิทธิประโยชน์ทางภาษีของท่าน โปรดส่งโทรสารหรือส่งสำเนาเอกสารการบริจาคเงิน พร้อมแบบฟอร์มฉบับนี้ให้วิทยาลัยฯ (ตามที่อยู่ด้านบน) เพื่อออกใบเสร็จรับเงินให้ท่าน สำหรับเป็นหลักฐานนำไปหักลดหย่อนภาษีเงินได้ประจำปี**