

ชื่อ.....

นามสกุล.....

อาชีพ.....บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ซอย/ตรอก.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

โทรสาร.....โทรศัพท์มือถือ.....

e-mail :

หากผู้มีจิตศรัทธาประสงค์จะบริจาคเงิน เพื่อสนับสนุนกิจกรรมของมูลนิธิ

โรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เป็นจำนวนเงิน.....บาท

(.....)

(จำนวนเงินเป็นตัวอักษร)

โดยบริจาคเป็น

เงินสด

โอนเงินเข้าบัญชี

“มูลนิธิโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ”
เลขที่บัญชี 844-2-08053-5 ธนาคารกสิกรไทย สาขา บิ๊กซี ราชดำริ (กรุณาส่ง
หลักฐานการโอนเงินพร้อม ชื่อ ที่อยู่ เพื่อจัดส่งใบเสร็จมาที่ 02-2526485)

โดยบริจาคเป็น

เขียนเช็คหรือธนาคัตติสั่งจ่าย

“มูลนิธิโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ”
ส่งมาที่ มูลนิธิโรงพยาบาลคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะ
ทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เลขที่ 34 ถนนอังรีดูนังต์ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม 10330
(ติดต่อเจ้าหน้าที่มูลนิธิ น.ส.มณฑิรา ท้าวเชื่อน น.ส. วิรุณกานต์ ยะเปียง)

หรือบริจาคด้วยตนเองได้ที่ สำนักงานของมูลนิธิฯ คณะทันตแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์ 086-666-1171 โทรสาร 02-252-6485

e-mail: cudhf.org@gmail.com Website: www.cudhf.org