

**ใบแสดงความจำนงร่วมบริจาค**

วันที่………. เดือน…….......…..................…….. พ.ศ. ………….....…......……

ชื่อ-สกุล (ในการออกใบอนุโมทนาบัตร)................................................................................................

ที่อยู่ / หมู่บ้าน……………………..………. เลขที่…........….. ตรอก / ซอย……………................………

ถนน……………………….......................………ตำบล / แขวง………..................…………………….

อำเภอ / เขต……………………….......……..…… จังหวัด……………........…...............……………....

รหัสไปรษณีย์…………………โทรศัพท์บ้าน………………………...โทรศัพท์มือถือ……………….………

มีความประสงค์บริจาคเงินจำนวน……………………....…บาท (..........................................................)

**ชื่อกองทุน**

บริจาคเข้าทุนมูลนิธิโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ “เพื่อสมทบทุนการศึกษาของนักศึกษาไทย   
ณ Harvard T.H. Chan School of Public Health” ในเมืองบอสตัน แมสซาซูเสตส์ ประเทศสหัรัฐอเมริกา

**วิธีบริจาค**

1. บริจาคเป็นเงินสด :   
   สำนักงานมูลนิธิโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ บริเวณชั้น 1 อาคารโรงพยาบาลสงขลนครินทร์

เลขที่ 15 ถ. กาญจนวนิช ต. หาดใหญ่ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา 90110

โทรศัพท์ 074 - 451599 , 082 - 8311122

วันจันทร์ - ศุกร์ : 08.00 - 17.00 น.

วันเสาร์ : 08.30 - 12.00 น.

1. โอนเงิน : ธนาคารกรุงเทพ สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์   
   ชื่อบัญชี THE KING OF THAILAND BIRTHPLACE FOUNDATION  
   เลขที่บัญชี : โทรหรืออีเมลล๎ ขอข้อมูลเลขบัญชี

**แจ้งการโอนเงิน**

1. โทรศัพท์. 074 - 451599 / 074 - 451169
2. Fax. 074 - 212900
3. Email : inter@medicine.psu.ac.th
4. Facebook : มูลนิธิโรงพยาบาลสงขลานครินทร์