



## 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 แมสซาชูเซตส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา

### วิธีบริจาค

#### 1. บริจาคเป็นเงินสด :

สำนักงานมูลนิธิโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ บริเวณชั้น 1 อาคารโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

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.

#### 2. โอนเงิน : ธนาคารกรุงเทพ สาขามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อบัญชี THE KING OF THAILAND BIRTHPLACE FOUNDATION

เลขที่บัญชี : 641 - 018827 - 7

### แจ้งการโอนเงิน

1. โทรศัพท์. 074 - 451599 / 074 - 451169

2. Fax. 074 - 212900

3. Email : inter@medicine.psu.ac.th

4. Facebook : มูลนิธิโรงพยาบาลสงขลานครินทร์