**ใบแสดงความจำนงร่วมบริจาค**

**วันที่.........เดือน....................พ.ศ............**

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

**ที่อยู่/หมู่บ้าน..................................เลขที่.........ตรอก/ซอย...................ถนน.........................**

**ตาบล/แขวง.............................อาเภอ/เขต................................จังหวัด................................**

**รหัสไปรษณีย์..............โทรศัพท์บ้าน.........................โทรศัพท์มือถือ.....................................**

**มีความประสงค์บริจาคเงินจานวน.............................บาท (.................................................)**

**ชื่อกองทุน**

**บริจาคเข้าทุนมูลนิธิโรงพยาบาลสวนดอก “เพื่อสมทบทุนการศึกษาของนักศึกษาไทย ณ Harvard T.H. Chan School of Public Health” ในเมืองบอสตัน แมสซาชูเสตส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา**

**วิธีบริจาค**

1. **บริจาคเป็นเงินสด** : ที่สำนักงานมูลนิธิโรงพยาบาลสวนดอก ชั้น1 อาคารเฉลิมพระบารมี

2. **โอนเงิน** : ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เลขที่บัญชี : โทรหรืออีเมลล๎ ขอข้อมูลเลขบัญชี

**แจ้งการโอนเงิน**

1. Tel : 053-938400, 053-934812

2. Fax : 053-934813

3. E-mail : Sdmed.cmu@gmail.com

4. Facebook : @PR.SuanDokCMU ้

5. Line : 095-679-7775