

**ใบแสดงความจำนงร่วมทำกุศลสนับสนุน**  
**งานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว พระมหาเจษฎาราชเจ้า**  
**เพื่อจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า**  
**ในวันอาทิตย์ที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๐ เวลา ๒๑.๐๐ - ๒๓.๐๐ น.**  
**ณ สถานีวิทยุโทรทัศน์กองทัพบก ช่อง ๕**

ชื่อ.....นามสกุล.....

ชื่อบริษัท/ห้าง/ร้าน/องค์กร

.....  
สถานที่ติดต่อ เลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน

.....  
แขวง.....เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทร..... โทรสาร.....

ร่วมทำกุศลสนับสนุนงาน เป็นเงินจำนวน.....บาท  
(รายนามผู้ร่วมสนับสนุนและยอดเงิน จะประกาศโดยพิธีกร  
หรือเป็นตัววิ่งทางโทรทัศน์ในวันงาน)

ประสงค์จะให้ประกาศชื่อ / ตัววิ่งทางโทรทัศน์  ไม่ประสงค์ให้ประกาศชื่อ

ร่วมทำกุศลสนับสนุนอื่น ๆ .....

**กรณารับวิธีส่งเงินทำกุศลสนับสนุน**

( ) เงินสด ทำกุศลด้วยตนเอง ที่สำนักงานมูลนิธิเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว อาคารร้านหนังสือกรมศิลปากร หอสมุดแห่งชาติ ท่าวาสุกรี ถ.สามเสน เทเวศร์ ดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐ โทร.๐ ๒๖๒๘ ๘๗๒๘ - ๘ โทรสาร. ๐ ๒๖๒๘ ๘๗๒๘

( ) ธนาณัติ/ตัวแลกเงิน สั่งจ่าย **“มูลนิธิเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว”** ไปรษณีย์ รังทเวเวสน์

( ) เช็คขีดคร่อม สั่งจ่าย **“มูลนิธิพระนั่งเกล้าฯ เพื่อโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า”** ธนาคาร.....เช็คเลขที่.....

( ) โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ชื่อบัญชี **“มูลนิธิพระนั่งเกล้าฯ เพื่อโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า”**

( ) ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาเทเวศร์ เลขบัญชี **020-279252-6**

( ) ธนาคารกรุงเทพ สาขาเซ็นทรัลรามอินทรา เลขบัญชี **930-017383-9**  
หรือโทรศัพท์บริจาคในวันงาน ตามหมายเลขโทรศัพท์ที่ประกาศทางจอโทรทัศน์

หมายเหตุ กรุณา **Fax.** ใบแสดงความจำนงและสำเนาใบโอนเงิน โทรสาร. ๐๒ - ๖๒๘๘๗๒๘  
ภายในวันศุกร์ที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๐ เพื่อจัดเตรียมตัววิ่งทางโทรทัศน์ไว้ก่อนล่วงหน้า  
(ใบเสร็จของมูลนิธิฯ สามารถนำไปลดหย่อนภาษีได้)

- **ทำกุศลตั้งแต่ ๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท** จารึกชื่อหน้าห้องพิเศษ **VIP** อาคาร ๘ ชั้น โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
- **ทำกุศลตั้งแต่ ๕๐๐,๐๐๐ บาท** จารึกชื่อหน้าห้องพิเศษ อาคาร ๘ ชั้น โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
- **ทำกุศลตั้งแต่ ๑๐๐,๐๐๐ บาท** รับพระบรมรูปหล่อพระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว ขนาดความสูง ๙ นิ้ว