

บันทึก

20 พฤศจิกายน 2563

เรื่อง ขอเชิญชวนบริจาคเงินโครงการ “หนึ่งการให้ ส่งใจถึงผู้รับ ครั้งที่ 3”

เรียน สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ พนักงาน ธนชาติ จำกัดทุกท่าน

สหกรณ์ได้จัดทำโครงการ “หนึ่งการให้ ส่งใจถึงผู้รับ ครั้งที่ 3” โดยขอเชิญชวนเพื่อนสมาชิกทุกท่าน ได้มีส่วนร่วมกันในการบริจาคเงินเพื่อสร้างผลบุญและทำความดีให้กับสังคม สำหรับเงินที่ได้รับจากการบริจาคทั้งหมด สหกรณ์จะนำไปมอบให้กับโรงเรียน สถานพยาบาล มูลนิธิที่เกี่ยวกับเด็กพิการและเด็กด้อยโอกาสทางสังคมต่อไป โดยจะเปิดรับบริจาคเงินตั้งแต่วันที่ จนถึงวันที่ 23 ธันวาคม 2563 นี้

สมาชิกท่านใดต้องการเข้าร่วมกิจกรรมบริจาคเงินกับสหกรณ์ สามารถกรอกแบบฟอร์มการบริจาค และ โปรดนำเงินเข้าบัญชี “หนึ่งการให้ ส่งใจถึงผู้รับ ครั้งที่ 3” ธนาคารธนชาติ จำกัด (มหาชน) เลขบัญชี 004-6-23630-0 สาขามานูญครอง หลังจากโอนเงินบริจาคเรียบร้อยแล้ว โปรดส่งแบบฟอร์มการบริจาคและใบนำฝากเงิน พร้อมระบุ ชื่อ-สกุล เบอร์โทรศัพท์ให้ชัดเจน มาที่ เบอร์ FAX 0-2651-7976 ติดต่อคุณอัจฉรา / คุณวิรัชญา โทร. 0-2208-6405, 0-2208-6383

จึงขอเรียนเชิญสมาชิกทุกท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับสหกรณ์ และขอขอบคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้



(นางธวันต์ ชัยสิทธิการคำ)

ประธานคณะกรรมการศึกษาและประชาสัมพันธ์

สหกรณ์ออมทรัพย์ พนักงาน ธนชาติ จำกัด

กรุณาส่งมาที่ FAX: 0-265 -7976

แบบฟอร์มการบริจาคเงิน

โดยท่านสามารถเลือกสถานที่บริจาคได้ดังต่อไปนี้

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1. โรงเรียนเฉลิมพระเกียรติ 48 พรรษา เด็กที่พ่อแม่ป่วยด้วยโรคเอดส์ | (ลดหย่อนได้ 2 เท่า) จำนวนเงิน.....บาท |
|2. โรงเรียนสอนคนตาบอดกรุงเทพ | (ลดหย่อนได้ 2 เท่า) จำนวนเงิน.....บาท |
|3. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อสนับสนุนคณะแพทยศาสตร์ | (ลดหย่อนได้ 2 เท่า) จำนวนเงิน.....บาท |
|4. โรงพยาบาลศิริราช สมทบสร้างอาคารนวมินทรบพิตร 84 พรรษา | (ลดหย่อนได้ 2 เท่า) จำนวนเงิน.....บาท |
|5. โรงพยาบาลรามธิบดี เพื่อสถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ | (ลดหย่อนได้ 2 เท่า) จำนวนเงิน.....บาท |
|6. โรงพยาบาลราชวิถี มูลนิธิเพื่อสนับสนุนการผ่าตัดหัวใจเด็ก | (ลดหย่อนได้ 1 เท่า) จำนวนเงิน.....บาท |
|7. มูลนิธิสถาบันแสงสว่าง (เด็กที่ป่วยด้วยโรคออทิสติก) | (ลดหย่อนได้ 1 เท่า) จำนวนเงิน.....บาท |
|8. มูลนิธิเพื่อเด็กพิการ | (ลดหย่อนได้ 1 เท่า) จำนวนเงิน.....บาท |
|9. มูลนิธิโรคไต แห่งประเทศไทย | (ลดหย่อนได้ 1 เท่า) จำนวนเงิน.....บาท |
|10. มูลนิธิศูนย์มะเร็งเต้านมเฉลิมพระเกียรติ | (ลดหย่อนได้ 1 เท่า) จำนวนเงิน.....บาท |

หมายเหตุ สหกรณ์สงวนสิทธิ์ออกใบเสร็จลดหย่อนภาษีให้กับผู้ที่บริจาคเงิน จำนวนตั้งแต่ 500 บาท ขึ้นไป*

ชื่อ-สกุล (ผู้บริจาคเงิน).....เลขบัตรประชาชน.....

ที่อยู่ในใบเสร็จลดหย่อนภาษี.....

ที่อยู่ในการจัดส่งใบเสร็จลดหย่อนภาษี ส่วนงาน.....อาคาร/สาขา.....

เบอร์โทร.....

กรอกชื่อที่อยู่ให้ชัดเจน เพื่อส่งใบเสร็จรับเงินให้ค่ะ

ติดต่อสหกรณ์ : คุณอัจฉรา / คุณวิรัชญา สำนักเพชรบุรี ชั้น G โทร. 0-2208-6405, 0-2208-6383