

## แบบฟอร์มการบริจาคสนับสนุนมูลนิธิสร้างรอยยิ้มเพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะบริจาคเงินช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่

- ต่อเนื่องทุกเดือน จำนวนเดือนละ  2,000 บาท  1,000 บาท  500 บาท  หรือ.....บาท  
 ครั้งเดียว จำนวน  5,000 บาท  3,000 บาท  2,000 บาท  1,000 บาท  500 บาท หรือ .....บาท

โดยจะกำหนดตัดบัตรเครดิตทุกวันที่ 5 ของเดือน

- ตัดเงินจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้า (ขั้นต่ำ 300 บาท ตัดเงินบริจาคจากบัตรเครดิต ทุกวันที่ 5 ของเดือน)

วีซ่า  มาสเตอร์การ์ด  อเมริกัน เอ็กซ์เพรส  ไดเนอร์สคลับ

หมายเลขบัตร

ชื่อ/นามสกุลผู้ถือบัตร (อังกฤษ) .....

บัตรหมดอายุ ...../...../..... ปลายเซ็น .....

- โอนเงินเข้าบัญชีมูลนิธิสร้างรอยยิ้ม

ธนาคาร	สาขา	เลขที่บัญชี	ธนาคาร	สาขา	เลขที่บัญชี
<input type="checkbox"/> กรุงเทพ	ซอยอารี	127-435422-2	<input type="checkbox"/> กรุงเทพ	การไฟฟ้านครหลวงเพลินจิต	092-013280-4
<input type="checkbox"/> กรุงศรีอยุธยา	เพลินจิตทาวเวอร์	285-135204-6	<input type="checkbox"/> ไทยพาณิชย์	เพลินจิต	059-285134-9

สาขาที่โอน..... วันที่โอน...../...../.....

- เช็ค หรือ แคชเชียร์เช็ค ส่งจ่ายมูลนิธิสร้างรอยยิ้ม

เช็คธนาคาร.....หมายเลขเช็ค.....

### กรุณากรอกรายละเอียดด้านล่างนี้

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....

กรณาระบุชื่อ-นามสกุลภาษาอังกฤษ (Mr./Mrs./Ms.).....

ที่อยู่เลขที่.....อาคาร.....ซอย.....ถนน.....

แขวง.....เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์ที่บ้าน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....ต่อ.....มือถือ.....

วันเดือนปีเกิด...../...../..... อีเมล.....

เมื่อโอนเงินแล้ว กรุณาแฟกซ์สำเนาใบโอนเงินพร้อมส่งกลับมายังมูลนิธิที่ 02 075 2703 หรืออีเมลมาที่

[surangkana.u@operationsmile.org](mailto:surangkana.u@operationsmile.org) หรือทางไปรษณีย์ที่ มูลนิธิสร้างรอยยิ้ม บ้านเลขที่ 12/2 ซอยเมธินีเวศน์ สุขุมวิท ซอย 24 แขวง

คลองตัน เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110 เพื่อมูลนิธิ จะจัดส่งใบเสร็จรับเงินถึงท่าน หมายเลขโทรศัพท์ของมูลนิธิ 02 075 2700-2

\*เงินบริจาคสามารถนำไปลดหย่อนภาษีได้

