

**แบบฟอร์มการบริจาคเงินเพื่อการศึกษา**

**คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**

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

**สำหรับผู้บริจาค**

ชื่อผู้บริจาค (บุคคล หรือ หน่วยงาน)..............................................................................................................................

เลขประจำตัวประชาชน/เลขประจำตัวผู้เสียภาษี...........................................................................................................

ที่อยู่ เลขที่..................หมู่ที่.................ถนน........................................ตำบล/แขวง.........................................................

อำเภอ/เขต....................................................จังหวัด...............................................รหัสไปรษณีย์..................................

โทร..................................................E-mail: ………………………………….....…….…..…(สำหรับส่งหลักฐานใบเสร็จรับเงิน)

**จำนวนเงินที่ประสงค์จะบริจาค.................................. บาท** (ตัวอักษร.................................................................)

**บริจาคให้แก่**

[ ] กองทุนคณะเภสัชศาสตร์

[ ] กองทุน Prof. Richards’ scholarship

[ ] กองทุน Prof. Adolf Nahrstedt’s scholarship

[ ] เงินบริจาคเพื่อทุนการศึกษานิสิตเภสัชศาสตร์ ม.มหาสารคาม

สำหรับนิสิตที่มีคุณสมบัติ…………………………………………………………………………………………........

[ ] เงินบริจาคเพื่อการดำเนินการของคณะ……………………………………………………………………………..

**วิธีการบริจาค**

1. โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ ชื่อบัญชี “เงินบริจาคคณะเภสัชศาสตร์” เลขบัญชี **415-069053-9**

2. ส่งสำเนาแบบฟอร์มการบริจาค พร้อมสำเนาบัตรประชาชนและหลักฐานการโอนเงิน มาที่งานบัญชีคณะเภสัชศาสตร์ นางสาวปรารถนา ชินฮาต ทาง E-mail: account.pharm@msu.ac.th ติดต่อสอบถามได้ที่เบอร์โทร. 064-8893869 หรือ 043-754321 ต่อ 2626

3. ยอดบริจาคสามารถนำไปลดหย่อนภาษีประจำปีได้ 2 เท่า โดยตรวจสอบการบริจาคที่ https://epayapp.rd.go.th/rd-edonation/portal/for-donor

ลงชื่อ.....................................................................ผู้บริจาค

(...................................................................)

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

**เรียน** คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เพื่อโปรดทราบและมอบงานการเงินคณะฯ ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ลงชื่อ..........................................งานบัญชี

(นางสาวปรารถนา ชินฮาต)

( ) ทราบ / มอบตามเสนอ

........................................................

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนัตถา พลอยเลื่อมแสง)

คณบดีคณะเภสัชศาสตร์