



ใบแจ้งชำระค่าบริการ

คณะแพทย์ศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทรารักษ
681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร (Tax ID): 0994000166028

Customer No.(Ref No.1) : [INSERT]
Reference No.(Ref No.2) : [INSERT]
วันที่แจ้งค่าบริการ : [INSERT]

ชื่อ-นามสกุล (ผู้ป่วย) [INSERT]
ที่อยู่ [INSERT]

รายการค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระ

วันที่	เวลา	รายการค่าใช้จ่าย	จำนวนเงิน (บาท)
30/08/2564	13:35:20	ค่าบริการผู้ป่วยนอก (ในเวลาราชการ)	50.00
30/08/2564	14:02:37	ค่าตรวจรักษาทางรังสีวิทยา	2560.00



Company Code : [INSERT]

ช่องทางการชำระเงินด้วยการสแกนคิวอาร์โค้ดหรือบาร์โค้ด ผ่านทางโมบายแอปพลิเคชัน
เคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย / ตู้เอทีเอ็มธนาคารกรุงไทย