

เลขที่ใบส่งของ

มูลค่า

ไทยพาณิชย์  
SCB

ใบรับรองรายการ / Transaction Receipt

สาขา / Branch สาขาอุดรธานี

เลขที่บัญชี A/C No. ประเภทบัญชี A/C Type ชื่อบัญชี A/C Name

016-452491-2 ออมทรัพย์

โครงการ

การประเมินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการโดยองค์การภายนอก คณะเทคนิคการแพทย์

ฝาก

Deposit

วันที่ / Date 06 กันยายน 2565

ธุรกรรม / Transaction Type

ฝากด้วยเงินสด/Cash Deposit

ยอดเงินรวม Total Amount

(หนึ่งหมื่นสามพันสี่ร้อยบาทถ้วน)

\*13,400.00\*

ค่าธรรมเนียม Fee

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกต้องทุกประการ

ลายมือชื่อผู้นำฝาก  
Depositor

นางสาวดิศกุล ทรัพย์

จำนวนเงิน  
Amount

= 13,400 =

โทรศัพท์ Tel. :

088178499

14:52:35 06/09/65 0164524912 โครงการ การประเมิน C1 \*\*\*\*\*13,400.00 CASH 41965 0143A

FEE: \*\*\*\*\*33.00

CASH

C0035

0016

ใบนำฝากเงินนี้จะมีผลสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อนำมาได้รับเงินหรือได้เรียกเก็บตามตัวเงินที่ระบุไว้ตามรายการข้างต้น ถูกต้องครบถ้วน และนำเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้วเท่านั้น และมีใช้หลักฐานที่ใช้แสดงถึงการชำระหนี้ระหว่างบุคคลใดหรือเพื่อการอื่นใดทั้งสิ้น

สำหรับลูกค้าธนาคาร For Customer

SC97(2)

		หนองแสง	หนองแสง	อุดรธานี, 41340	
H-EQAM	1,500.00	โรงพยาบาล หนองแสง	โรงพยาบาล หนองแสง	หนองแสง, 129, ม.7, -, หนองแสง, อุดรธานี, 41340	สุริยา นารีโพด /0862419339
UC- EQAM	1,200.00	โรงพยาบาล หนองแสง	โรงพยาบาล หนองแสง	หนองแสง, 129, ม.7, -, หนองแสง, อุดรธานี, 41340	สุริยา นารีโพด /0862419339
EQAI- Syphilis	2,200.00	โรงพยาบาล หนองแสง	โรงพยาบาล หนองแสง	หนองแสง, 129, ม.7, -, หนองแสง, อุดรธานี, 41340	สุริยา นารีโพด /0862419339