



ใบรับรองรายการ / Transaction Receipt

สาขา / Branch สาขาธนบุรี

ฝาก

Deposit

วันที่ / Date 15 ธันวาคม 2565

ธุรกรรม / Transaction Type

ฝากด้วยเช็ค/Cheque Deposit

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

016-452491-2 ออมทรัพย์

โครงการ

การประเมินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก คณะเทคนิคการแพทย์

ยอดเงินรวม Total Amount

(สองพันสองร้อยบาทถ้วน)

2,200.00

ค่าธรรมเนียม Fee

30.00

ยอดเงิน Amt. 10313741 006 0905

2,200.00

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกต้องทุกประการ



ลายมือชื่อผู้นำฝาก
Depositor

๒๒

จำนวนเงิน
Amount

2,200

โทรศัพท์ Tel. : 0876307796

10:15:32 15/12/65 0164524912 โครงการ การประเมิน QN *****2,200.00 CL 24643 0034B

FEE: *****30.00

CASH

CC00

0016

ใบนำฝากเงินนี้จะมีผลสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อธนาคารได้รับเงินหรือได้เรียกเก็บตามตัวเงินที่ระบุไว้ตามรายการข้างต้น ถูกต้องครบถ้วน และนำเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้วเท่านั้น และมีใช้หลักฐานที่ใช้แสดงถึงการชำระหนี้ระหว่างบุคคลใดหรือเพื่อการอื่นใดทั้งสิ้น



แบบยืนยันการสมัครสมาชิก
โครงการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก
คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Participant ID : 20231676

โรงพยาบาล/หน่วยงาน : โรงพยาบาลบาเจาะ

ห้องปฏิบัติการ : กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

ที่อยู่ : 315, -, เพชรเกษม แขวง/ตำบล : บาเจาะ เขต/อำเภอ : บาเจาะ จังหวัด : นราธิวาส รหัสไปรษณีย์ : 96170
ผู้สมัครสมาชิก : ไชยะ เปาะกา

รายการสมัครและชำระค่าธรรมเนียม

โครงการ	ค่าธรรมเนียม(บาท)	ชื่อผู้ชำระเงิน	ออกใบเสร็จในนาม	ที่อยู่จัดส่งใบเสร็จ	ผู้ประสานงานชำระ เงิน
EQAI- HBV	2,200.00	โรงพยาบาลบาเจาะ 315 ถ.เพชรเกษม ต.บาเจาะ อ.บาเจาะ จ.นราธิวาส 96170	โรงพยาบาลบาเจาะ 315 ถ.เพชรเกษม ต.บาเจาะ อ.บาเจาะ จ.นราธิวาส 96170	โรงพยาบาลบาเจาะ 315 ถ.เพชรเกษม ต.บาเจาะ อ.บาเจาะ จ.นราธิวาส 96170	ไชยะ เปาะกา โทร 0892984225 เมลล์ labbacho@gmail.com

*สมัครสมาชิก EQAB:GRAM และ EQAB:AFB จะได้รับส่วนลด 200 บาท (โดยค่าธรรมเนียม 1,800 บาท)

**สมัครสมาชิก EQAB ครบทั้ง 3 โครงการ จะได้รับส่วนลด 500 บาท (โดยคิดค่าธรรมเนียม 2,500 บาท)

ค่าธรรมเนียมการสมัครสมาชิก	2,200.00	บาท
ส่วนลด	0.00	บาท
รวมค่าธรรมเนียมที่ต้องชำระทั้งสิ้น ("สองพันสองร้อยบาทถ้วน")	2,200.00	บาท

ช่องทางการชำระเงิน

ที่	ช่องทาง	สถานที่ติดต่อ / บัญชีผู้รับเงิน หรือส่งจ่ายในนาม	ระยะเวลาออกใบเสร็จรับเงิน
1	เงินสด	ศูนย์พัฒนามาตรฐานและการประเมินผลดีภัณฑ์ (โปรดนัดหมายก่อนเข้าชำระเงิน)	5 - 10 นาที
2	โอนเงินเข้า บัญชี	ชื่อบัญชี "โครงการ การประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก คณะ เทคนิคการแพทย์" ธนาคารไทยพาณิชย์สาขาศิริราช เลขที่บัญชี 016-452491-2	7 - 14 วันทำการ หลังจากได้รับ หลัก ฐาน การชำระเงิน
3	เช็ค ธนาคาร	ส่งจ่ายในนาม "โครงการ การประเมินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ โดยองค์กร ภายนอก คณะเทคนิคการแพทย์"	7 - 14 วันทำการหลังจากได้รับเช็ค ธนาคารตัวจริง

ส่งหลักฐานการชำระเงิน

อัปโหลดผ่านระบบสมาชิกออนไลน์

ส่งเอกสารแจ้งการชำระเงิน

E-mail

eqamtmu@gmail

Line

@eqasmumt

****** การสมัครสมาชิกของท่านจะเสร็จสมบูรณ์ ******

หลังจากที่ท่านได้รับใบเสร็จรับเงินตัวจริง จากเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หากมีปัญหาในการสมัครสมาชิก / ชำระเงิน กรุณาติดต่อ

ศูนย์พัฒนามาตรฐานและการประเมินผลดีภัณฑ์

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑลสาย 4

ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

โทรศัพท์ 063 895 1287

Email : eqamtmu@gmail.com