

ไทยพาณิชย์  
SCB



ใบรับรองรายการ / Transaction Receipt

สาขา / Branch สาขาอาคารพาณิชย์ เขตปทุมธานี  
เลขที่บัญชี A/C No. ประเภทบัญชี A/C Type ชื่อบัญชี A/C Name

016-452491-2 ออมทรัพย์

โครงการ

การประเมินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการโคช Q LATE จะนำเข้าบัญชี 30/08/2565

ยอดเงินรวม Total Amount

(สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

\*2,500.00\*

ค่าธรรมเนียม Fee

\*0.00\*

ยอดเงิน Amt. 05178431 031 0001

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ยอดเงิน Amt.

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกต้องทุกประการ

ลายมือชื่อผู้นำฝาก  
Depositor

จำนวนเงิน  
Amount

2,500

โทรศัพท์ Tel. :

0985994416

14:23:45 29/08/65 0164524912 โครงการ การประเมิน QN \*\*\*\*\*2,500.00 CL 68571

0016

ใบนำฝากเงินนี้จะมีผลสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อนาคารได้รับเงินหรือได้เรียกเก็บตามตัวเงินที่ระบุไว้ตามรายการข้างต้น ถูกต้องครบถ้วน และนำเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้วเท่านั้น และมีใช้หลักฐานที่ใช้แสดงถึงการชำระหนี้ระหว่างบุคคลใดหรือเพื่อการอื่นใดทั้งสิ้น

ฝาก  
Deposit

วันที่ / Date 29 สิงหาคม 2565

ธุรกรรม / Transaction Type

ฝากเช็คล่วงหน้า/PDC Cheque Deposit

การประเมินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการโคช Q LATE จะนำเข้าบัญชี 30/08/2565



สำหรับลูกค้าธนาคาร For Customer

SC97(2)



**Mahidol University**  
Faculty of Medical Technology



2 0 2 3 0 9 0 5

Print Date : 2022-07-26 15:04:03

Enroll Date : 2022-07-26 14:57:50

**แบบยื่นรับการสมัครสมาชิก**  
**โครงการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก**  
**คณะเทคนิคการแพทย มหาวิทยาลัยมหิดล**

Participant ID : 20230905

โรงพยาบาล/หน่วยงาน : บริษัท เมดิคาลาบอราทอรีส์ จำกัด

ห้องปฏิบัติการ : บริษัท เมดิคาลาบอราทอรีส์ จำกัด

ที่อยู่ : 136, ประชาชื่น 37 แขวง/ตำบล : วงศ์สว่าง เขต/อำเภอ : บางซื่อ จังหวัด : กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ : 10800

ผู้สมัครสมาชิก : อานัญญา พยวงยง

**รายการสมัครและชำระค่าธรรมเนียม**

โครงการ	ค่าธรรมเนียม(บาท)	ชื่อผู้ชำระเงิน	ออกใบเสร็จในนาม	ที่อยู่จัดส่งใบเสร็จ	ผู้ประสานงาน ชำระ เงิน
EQAB-GRAM	1,000.00	บริษัท ซิลลิด ฟาร์มา จำกัด ชั้น 8-9 อาคาร เพลินจิตเซ็นเตอร์ 2 ถนน สุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110	บริษัท ซิลลิด ฟาร์มา จำกัด ชั้น 8-9 อาคาร เพลินจิตเซ็นเตอร์ 2 ถนน สุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110	บริษัท เมดิคาลาบอราทอรีส์ จำกัด, 136, บริษัท ซิลลิด ฟาร์มา จำกัด ชั้น 8-9 อาคาร เพลินจิตเซ็นเตอร์ 2 ถนน สุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110	กานต์ ปรียา โทร. 061- 741- 7771
EQAB-AFB	1,000.00	บริษัท ซิลลิด ฟาร์มา จำกัด ชั้น 8-9 อาคาร เพลินจิตเซ็นเตอร์ 2 ถนน สุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110	บริษัท ซิลลิด ฟาร์มา จำกัด ชั้น 8-9 อาคาร เพลินจิตเซ็นเตอร์ 2 ถนน สุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110	บริษัท ซิลลิด ฟาร์มา จำกัด ชั้น 8-9 อาคาร เพลินจิตเซ็นเตอร์ 2 ถนน สุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110	กานต์ ปรียา โทร. 061- 741- 7771
IDEN-AST	1,000.00	บริษัท ซิลลิด ฟาร์มา จำกัด ชั้น 8-9 อาคาร เพลินจิตเซ็นเตอร์ 2 ถนน สุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110	บริษัท ซิลลิด ฟาร์มา จำกัด ชั้น 8-9 อาคาร เพลินจิตเซ็นเตอร์ 2 ถนน สุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110	บริษัท ซิลลิด ฟาร์มา จำกัด ชั้น 8-9 อาคาร เพลินจิตเซ็นเตอร์ 2 ถนน สุขุมวิท แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110	กานต์ ปรียา โทร. 061- 741- 7771

\*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

3,000.00

บาท

ส่วนลด

500.00

บาท

รวมค่าธรรมเนียมที่ต้องชำระทั้งสิ้น  
("สองพันห้าร้อยบาทถ้วน")

2,500.00

บาท

**ช่องทางการชำระเงิน**

ที่	ช่องทาง	สถานที่ติดต่อ / บัญชีผู้รับเงิน หรือส่งจ่ายในนาม	ระยะเวลาออกใบเสร็จรับเงิน
1	เงินสด	ศูนย์พัฒนามาตรฐานและการประเมินผลผลิตภัณฑ์ (โปรดนัดหมายก่อนเข้าชำระเงิน)	5 - 10 นาที
2	โอนเงินเข้าบัญชี	ชื่อบัญชี "โครงการ การประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการโดยองค์กรภายนอก คณะเทคนิคการแพทย์" ธนาคารไทยพาณิชย์สาขาศิริราช เลขที่บัญชี 016-452491-2	7 - 14 วันทำการ หลังจากได้รับ หลักฐาน การชำระเงิน

ที่	ช่องทาง	สถานที่ติดต่อ / บัญชีผู้รับเงิน หรือส่งจ่ายในนาม	ระยะเวลาออกใบเสร็จรับเงิน
3	เช็คธนาคาร	ส่งจ่ายในนาม "โครงการ การประเมินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ โดยองค์กร ภายนอก คณะเทคนิคการแพทย์"	7 - 14 วันทำการหลังจากได้รับเช็คธนาคารตัวจริง

**ส่งหลักฐานการชำระเงิน**

อัปโหลดผ่านระบบสมาชิกออนไลน์

E-mail

Line

**ส่งเอกสารแจ้งการชำระเงิน**

eqamtmu@gmail

@eqasmumt

**\*\*\*\* การสมัครสมาชิกของท่านจะเสร็จสมบูรณ์ \*\*\*\***

หลังจากที่ท่านได้รับใบเสร็จรับเงินตัวจริง จากเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หากมีปัญหาในการสมัครสมาชิก / ชำระเงิน กรุณาติดต่อ

ศูนย์พัฒนมาตรฐานและการประเมินผลองค์กร

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑลสาย 4

ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม

โทรศัพท์ 063 895 1287

Email : eqamtmu@gmail.com