

# โรงพยาบาลจุฬาภรณ์

<b>ไทยพาณิชย์ SCB</b> เลขที่บัญชี A/C No. 016-452491-2 ออมทรัพย์ สาขา / Branch สาขา สถาบันบัณฑิตศึกษาจุฬาภรณ์ ชื่อบัญชี A/C Type ใครงการ การบระ เนินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการโดยองค์การภายนอก คณะเทคนิคการแพทย์		<b>ฝาก Deposit</b> วันที่ / Date 28 กันยายน 2565 รายการ / Transaction Type ฝากด้วยเงินสด/Cash Deposit ค่าธรรมเนียม Fee *0.00*
ยอดเงินรวม Total Amount (สามพันสี่ร้อยบาทถ้วน) ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt. ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกต้องทุกประการ		
ลายมือชื่อผู้ฝาก <u>วันดี แก้วขาว</u> Depositor	จำนวนเงิน 3,400 บาท Amount	โทรศัพท์ Tel: 02-279995 12:20:10 28/09/65 0164524912 ใครงการ การบระเม C1 *****3,400.00 CASH 29762 41980 C0008 0016
ใบฝากเงินนี้จะมีผลสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อนาคารได้รับเงินหรือได้เรียกเก็บตามตัวเงินที่ระบุไว้ตามรายการข้างต้น ถูกต้องครบถ้วน และนำเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้วเท่านั้น และมีใช้หลักฐานที่ใช้แสดงถึงการชำระหนี้ระหว่างบุคคลใดหรือเพื่อการยื่นโต้แย้ง		

<b>ไทยพาณิชย์ SCB</b> เลขที่บัญชี A/C No. 016-452491-2 ออมทรัพย์ สาขา / Branch สาขา สถาบันบัณฑิตศึกษาจุฬาภรณ์ ชื่อบัญชี A/C Type ใครงการ การบระ เนินคุณภาพทางห้องปฏิบัติการโดยองค์การภายนอก คณะเทคนิคการแพทย์		<b>ฝาก Deposit</b> วันที่ / Date 28 กันยายน 2565 รายการ / Transaction Type ฝากด้วยเงินสด/Cash Deposit ค่าธรรมเนียม Fee *0.00*
ยอดเงินรวม Total Amount (หนึ่งพันห้าร้อยบาทถ้วน) ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt. ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกต้องทุกประการ		
ลายมือชื่อผู้ฝาก <u>วันดี แก้วขาว</u> Depositor	จำนวนเงิน 1,500 บาท Amount	โทรศัพท์ Tel: 02-279995 12:21:08 28/09/65 0164524912 ใครงการ การบระเม C1 *****1,500.00 CASH 29762 41980 C0009 0016
ใบฝากเงินนี้จะมีผลสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อนาคารได้รับเงินหรือได้เรียกเก็บตามตัวเงินที่ระบุไว้ตามรายการข้างต้น ถูกต้องครบถ้วน และนำเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้วเท่านั้น และมีใช้หลักฐานที่ใช้แสดงถึงการชำระหนี้ระหว่างบุคคลใดหรือเพื่อการยื่นโต้แย้ง		