



สภากาชาดไทย
The Thai Red Cross Society

ใบตอบกลับ
เลขที่ 5798
วันที่ 26 ต.ค. 65
เวลา 10.56 น.

ที่ ศล. 26496 /2565

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

1871 ถนนอังรีดูนังต์ แขวงปทุมวัน

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

20 ตุลาคม 2565

เรื่อง ขอส่งใบแจ้งหนี้ค่าบำรุงน้ำยาตรวจโลหิต ประจำเดือนกันยายน 2565

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบแจ้งหนี้ประจำเดือนกันยายน 2565 เลขที่ 661345/00021 จำนวน 1 ฉบับ

ด้วยในระหว่างเดือนกันยายน 2565 โรงพยาบาลได้เบิกผลิตภัณฑ์โลหิต ที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ไปนั้น ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ขอแจ้งราคาค่าบำรุงน้ำยาตรวจโลหิต รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 69,780 บาท (หกหมื่นเก้าพันเจ็ดร้อยแปดสิบบาทถ้วน) ตามใบแจ้งหนี้ที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และกรุณาชำระเงินจำนวนดังกล่าวเป็น เช็คธนาคาร ตัวแลกเงินธนาคาร แคมเปญเช็คธนาคาร ทุกสาขาภายในประเทศ ส่งจ่ายในนามสภากาชาดไทย โดยส่งตรงให้ศูนย์บริการโลหิต แห่งชาติ ทุกครั้ง หรือสามารถโอนเงินผ่านระบบ GFMIS พร้อมส่งรายงานการเบิกจ่ายเงินทางโทรสาร หรือ E-Mail ได้ที่ DebtCC.NBC@redcross.or.th สำหรับค่าธรรมเนียมต่าง ๆ โรงพยาบาลจะต้องเป็น ผู้รับผิดชอบ (กรุณาชำระเงินภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับใบแจ้งหนี้)

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวภาวิณี คุปตวินทุ

(นางสาวภาวิณี คุปตวินทุ)

รองผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

ปฏิบัติการแทนผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

สภากาชาดไทย

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

27 ต.ค. 2565

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
☒ เพื่อโปรดพิจารณา
☒ เห็นควรมอบ Lab
☐ อื่นๆ

20 ต.ค. 65
นางสาวภาวิณี

ฝ่ายการเงิน

โทรศัพท์ 0-2263-9600-99 ต่อ 1109

โทรสาร 0-2251-3077



สภากาชาดไทย
The Thai Red Cross Society

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย
National Blood Centre Thai Red Cross Society

ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

Henri Dunant Road, Pathumwan, Bangkok 10330

เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0994000160127 Tel. 0-2263-9600-99 ต่อ 1110, 1850-3 Fax. 0-2251-3077

ใบแจ้งหนี้ (INVOICE) เลขที่ 661345/00021

แผ่นที่ 1

เรียน (CUSTOMER NAME) ผู้อำนวยการ		ประจำเดือน (MONTH) กันยายน 2565		
ที่อยู่ (ADDRESS) อรัญประเทศ รพ.		วันที่ (DATE) 08/10/2565		
เลขที่ 4 ถ.มหาดไทย อ.อรัญประเทศ		กำหนดชำระเงิน (PAYMENT TERM) 30 วัน		
จ.สระแก้ว 27120		วันครบกำหนดชำระ (DUE DATE) 07/11/2565		
ลำดับที่ ITEM NO.	รายการ DESCRIPTION	จำนวน QUANTITY	ราคาต่อหน่วย UNIT PRICE	จำนวนเงิน (บาท) AMOUNT (Baht)
1	Packed Red Cells (PRC)	77	540.00	41,580.00
2	Leukocyte Poor Packed Red Cells (LPRC)	25	520.00	13,000.00
3	LDPPC with PAS	4	3,800.00	15,200.00
รายการส่วนลด		รวมเงิน (SUB TOTAL)		69,780.00
		หักส่วนลด (DISCOUNT)		
		จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (GRAND TOTAL)		69,780.00
จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (หกหมื่นเก้าพันเจ็ดร้อยแปดสิบบาทถ้วน)		ผู้อนุมัติในนามศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย APPROVED BY [Signature] (นางสาวภาวิณี คุปต์วิมล)		
หมายเหตุ :- โปรดส่งจ่ายเช็คธนาคาร, ตัวแลกเงินธนาคาร หรือธนาคารสั่งจ่าย ปณ. จุฬาลงกรณ์ 10332 ในนาม ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ทั้งนี้ค่าธรรมเนียมหน่วยงานจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ		รองผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ผู้มีอำนาจลงนาม AUTHORIZED SIGNATURE		