

โรงพยาบาลอภัยประเทศ  
เลขรับที่ 5477  
วันที่ 10 ต.ค. 66  
เวลา 08:35



ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๒/ว ๗๗๘

ถึง สำนักงานรัฐมนตรี กรม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สถาบันพระบรมราชชนก  
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์  
โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๓ องค์การเภสัชกรรม

ด้วยมูลนิธิรามธิบดี โดยคณะกรรมการบริหารมูลนิธิรามธิบดี ในพระราชูปถัมภ์  
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ขอเชิญชวนร่วมบริจาคเงินสมทบทุนโครงการ  
เพื่อผู้ป่วยยากไร้ โรงพยาบาลรามธิบดี รายละเอียดตามเอกสารที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ให้หน่วยงานในสังกัดทราบด้วย จะเป็นพระคุณ



สำนักงานปลัดกระทรวง

กองกลาง

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๑๑๗๒

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๑๑๗๔

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@moph.go.th

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอภัยประเทศ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ  
☒ เพื่อโปรดพิจารณา  
☒ เห็นควรมอบ.....คิดปรากฏ  
☐ อื่นๆ .....

10 ต.ค. 66

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอภัยประเทศ

10 ต.ค. 2565

ห้องรองปลัดกระทรวง
นพ.สุระ วิเศษศักดิ์
เลขรับ 8486
วันที่ ๒๙ ก.ย. ๒๕๖๕
เวลา 10.09

กองกลาง
เลขรับ ๒๘๙๓
วันที่ ๒๙-๙-๖๕
เวลา 14.๑๖



มูลนิธิรามธิบดี

๒๙ ก.ย. ๒๕๖๕

กลุ่มสารบรรณ
เลขรับ 16433
วันที่ 27/9/65
เวลา ๐๗:๑๖

กระทรวงสาธารณสุข
เลขรับ 47404
วันที่ ๒๙ ก.ย. ๒๕๖๕
เวลา ๐๖:๔๗

ก.๑๑๑/๒๕๖๕

เรื่อง คณะกรรมการบริหารมูลนิธิรามธิบดี ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี  
ขอเชิญชวนร่วมบริจาคเงินสมทบทุนโครงการเพื่อผู้ป่วยยากไร้ โรงพยาบาลรามธิบดี ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต

เรียน ท่านผู้มีจิตกุศล

นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2512 ที่พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร เสด็จพระราชดำเนินทรงประกอบพิธีเปิดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อเป็นโรงพยาบาลและสถานศึกษาที่มุ่งเน้นการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ การให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และการวิจัยด้านการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง จวบจนเป็นที่ยอมรับทั้งระดับชาติและนานาชาติ

โดยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ๕3 ปีที่ผ่านมา “มูลนิธิรามธิบดี” ได้มุ่งมั่นทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการระดมทุนและสนับสนุนการดำเนินงานของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ด้วยการสร้าง “สะพานแห่งการให้” ในการสานต่อพันธกิจหลักสำคัญของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี เพื่อมอบสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน ผลักดันให้เกิดความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข และสร้างโอกาสในการเข้าถึงการรักษาอย่างเต็มประสิทธิภาพให้กับคนไทยทั่วทั้งประเทศ

ในแต่ละปี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีได้ให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไปทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจำนวนมากกว่า 2.3 ล้านคนต่อปี และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยยากไร้จำนวนมากที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิขั้นพื้นฐานได้ โดยเฉพาะในรายที่เจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อนหรือจำเป็นต้องได้รับยาที่อยู่นอกเหนือบัญชียาหลักแห่งชาติซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องอย่างทันด่วน ผู้ป่วยอาจต้องทนทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจกับอาการเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ในขณะนั้น อีกทั้งยังอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่โดยรวมของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้อีกด้วย

ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยยากไร้ที่ขาดแคลนทุนทรัพย์สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ น้ำใจจากท่านจะเป็นน้ำหล่อเลี้ยงที่จะช่วยเติมความหวัง ชัดความทุกข์ และคืนชีวิตใหม่ให้กับผู้ป่วยยากไร้ได้สมดังปณิธาน “คำว่าให้...ไม่สิ้นสุด” มูลนิธิรามธิบดี ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ขอเชิญท่านร่วมเป็นส่วนหนึ่งของ “การให้” ด้วยการร่วมบริจาคเงินผ่านบัญชีออมทรัพย์ ชื่อบัญชี มูลนิธิรามธิบดี ธนาคารไทยพาณิชย์ 026-3-05216-3 ธนาคารกสิกรไทย 879-2-00448-3 ธนาคารกรุงเทพ 090-3-50015-5 หรือสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ โทร.0 2201 1111

มูลนิธิรามธิบดี ขอขอบพระคุณและขออนุโมทนาในกุศลจิตนี้เป็นอย่างยิ่ง พร้อมขออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายทั้งปวง และอำนาจแห่งบุญกุศลที่ทุกท่านได้ร่วมกันบริจาคในครั้งนี้ จงดลบันดาลประทานพรให้ท่านมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและอุปสรรคทั้งหลาย พร้อมสมบุญด้วยจตุรพิธพรชัยทุกประการ

๑) เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ผ่าน .....)

เพื่อโปรดพิจารณา จะเป็นพระคุณ

ดร.ณัฐชา  
(นางสาวณัฐนิช ภัคดีคุณานันต์)  
นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ  
แทนผู้อำนวยการกองกลาง

๒๙ ก.ย. ๒๕๖๕

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ปิยะมิตร ศรีธรา)  
คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
ประธานคณะกรรมการบริหารมูลนิธิรามธิบดี

ห้องรองปลัดกระทรวง
นพ.ณรงค์ สายวงศ์
เลขรับ 3125
วันที่ 30/9/65
เวลา 14.38

ผู้อำนวยการกองกลาง
เลขรับ 18900
วันที่ 28/9/65
เวลา 16.01

๒) เรียน ผู้อำนวยการกองกลาง

ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข  
ขอเรียนว่า ได้ดำเนินการตรวจสอบแล้ว พบว่า มูลนิธิ  
รามธิบดี ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ  
สยามบรมราชกุมารี เป็นองค์การ สถานสาธารณกุศล  
สถานพยาบาล หรือสถานศึกษา ตามประกาศกระทรวงการคลัง  
ว่าด้วยภาษีเงินได้และภาษีมูลค่าเพิ่ม (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่  
๑๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม จึงสามารถ  
ประชาสัมพันธ์เชิญชวนได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ



(นางสาวสุชาภา วรินทร์เวช)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ แทน

หัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต

กระทรวงสาธารณสุข

๒๘ ก.ย. ๒๕๖๕

๓) เรียน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
เพื่อโปรดทราบและเห็นควรแจ้ง  
หน่วยงานในสังกัด สธ. ทราบ  
จะเป็นพระคุณ



(นางสุทิตมา หุ่นดี)

ผู้อำนวยการกองกลาง,

๒๙ ก.ย. ๒๕๖๕

๔) สารบรรณ (ลงนามพระบรมราชูปถัมภ์)  
โปรดดำเนินการแจ้งเวียน

ณัฐนิภา

(นางสาวณัฐนิภา ภักดีคุณานันต์)

นักจัดการงานทั่วไปปฏิบัติการ

รักษาการในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มสารบรรณ

- ๓ ต.ค. ๒๕๖๕

๕)

ดำเนินการตามเสนอ



(นายณรงค์ สายวงศ์)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์

ปฏิบัติราชการแทน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓๐ ก.ย. ๒๕๖๕

ธ. นรวัตร

๖๑

# ผู้ป่วยยากไร้มาราธินดี เพิ่มขึ้นกว่า 1 เท่าตัว\*

## จาก พืชโควิด-19

น้ำใจของทุกคน คือน้ำหล่อเลี้ยงช่วยเติมความหวังให้ผู้ป่วย  
ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแม้เกิดเหตุการณ์วิกฤต

วิกฤตการณ์โควิด-19 และชีวิตที่ยังไม่แน่นอน

คุณเอ อายุ 47 ปี อดีตพนักงานทำความสะอาด เป็นอีกหนึ่งคน ที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤตโควิด-19 คุณเอทำงานอย่างกะวันกะคืนและทำงานอยู่ราว 3-4 เดือน หลังจากการปิดตัวชั่วคราวของบริษัท เขาจึงหันมาจับทำอาหารและอาหารบ้านแบบรายวัน พอให้มีรายได้ประทังชีวิตด้วยค่าจ้างวันละ 40 บาท และแล้วเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันก็เกิดขึ้นกับเข่อีกครั้ง หลังจากที่เขาติดเชื้อโควิด-19



คุณเอ อดีตผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19

“

โรคภัยที่ไม่คาดคิด คือวิกฤตชีวิต  
ที่อาตมาได้เลวร้ายลงกว่าเดิม  
น้ำใจของทุกคนช่วยขจัดทุกข์  
ให้ผู้ป่วยผ่านวิกฤตไปได้

”

แสงสว่างในวันที่ชีวิตมืดมน

“หลังจากที่รู้สึก รามารินดีก็ให้ข้าพเจ้าพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน (Home Isolation) ทางโรงพยาบาลเขาดูแลเราดีมากเลย แต่ละวันจะมีเจ้าหน้าที่คอยจัดส่งยาและอาหารมาให้ตลอด พอไว้กินยาตามทีหมอสั่งไปประมาณ 2 สัปดาห์ อาการก็ดีขึ้นเรื่อย ๆ และป้ายังได้รับกำลังใจที่ดีจากเพื่อน ๆ และสามีที่โทรมาพุดคุยตามได้ อาการตลอดด้วย เลยทำให้คลายความกลัวไปได้บ้าง”

“พอรักษาตัวจนใกล้จะหายดี ป้าก็เริ่มกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย แต่ก็ได้รับความอนุเคราะห์จากมูลนิธิรามารินดีฯ มอบเงินช่วยเหลือ ทำให้ป้ามีกำลังใจที่ดีจนผ่านพ้นวิกฤตชีวิตครั้งนี้ไปได้”

ในยามวิกฤตเช่นนี้ ทุกคนสามารถเป็นแสงสว่างแห่งความหวัง  
ด้วยการร่วมบริจาคสมทบทุน “โครงการเพื่อผู้ป่วยยากไร้”

สนับสนุนการรักษายา และมอบค่าใช้จ่ายที่จำเป็นอื่น ๆ  
ในการดำรงชีพแก่ผู้ป่วยที่ขาดแคลนทุนทรัพย์

ข้อมูล : นางสาวสมใจ งาม

มหาวิทยาลัยมหิดล  
มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

มูลนิธิรามารินดี

# ขอเชิญชวนร่วมบริจาคสมทบทุน โครงการเพื่อผู้ป่วยยากไร้

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

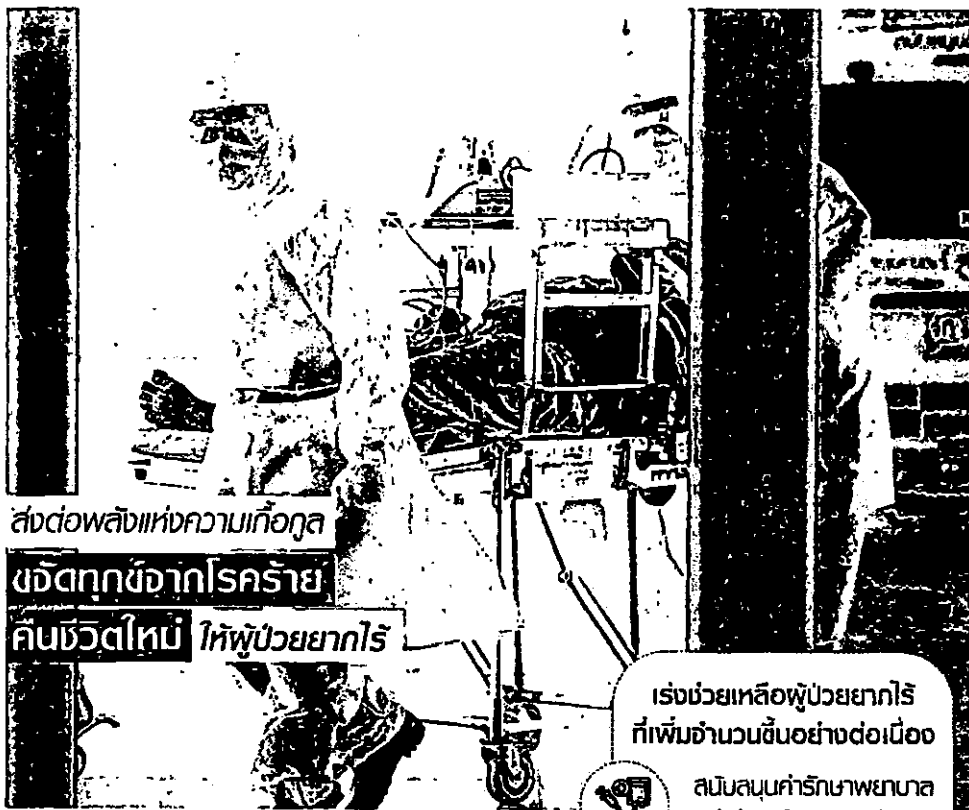


ร่วมมอบแสงสว่าง

ให้หลายชีวิตที่มืดมิด

พ้นวิกฤตโควิด-19

คำว่าให้ ไม่สิ้นสุด



ส่งต่อพลังแห่งความเกื้อกูล  
ขจัดทุกข์จากโรคร้าย  
คืนชีวิตใหม่ ให้ผู้ป่วยยากไร้

เร่งช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้  
ที่เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง



สนับสนุนคำรักษาพยาบาล  
กว่าร้อยละ 80/ปี

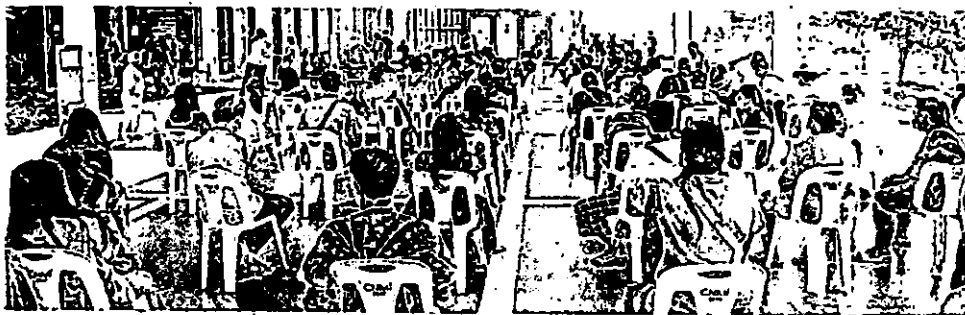


ช่วยให้ผู้ป่วย  
มากกว่าหมื่นราย  
ได้เข้าถึงการรักษา

ข้อมูล: งานสังคมสงเคราะห์

ทั่วโลกต้องเผชิญกับการระบาดของโควิด-19 มาตั้งแต่ปี 2563 ซึ่งสร้างความเสียหายและส่งผลกระทบต่อผู้คนทุกอาชีพ ทุกพื้นที่ โดยเฉพาะกับกลุ่มคนหาเช้ากินค่ำ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม อย่างเช่น ผู้ป่วย ผู้พิการ และผู้ป่วยจิตติเยี่ยง ทำให้ผู้คนที่ลำบากอยู่แล้วยิ่งลำบากมากขึ้น

มูลนิธิรามาริบัติ เป็นองค์กรการกุศลที่สนับสนุนการดำเนินงานของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จึงขอเป็นหนึ่งในพลังขับเคลื่อนช่วยให้อันคนไทยมีกำลังสู้ต่อ แม้จะมีวิกฤตครั้งใหญ่ ผ่านการระดมทุนช่วยเหลือผู้ป่วยโรงพยาบาลรามาธิบดีที่ขาดแคลนทุนทรัพย์ ใน “โครงการเพื่อผู้ป่วยยากไร้” ช่วยเปลี่ยนความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยยากไร้จำนวนมากที่รอความหวังในการรักษาได้กลับมาใช้ชีวิตใหม่อีกครั้ง ♡



ร่วมเป็นพลังให้คุณสำคัญ  
ผ่านช่องทางออนไลน์  
สะดวก ปลอดภัย

1

สแกน QR CODE

สแกน QR CODE  
สำหรับการโอนเงิน  
ผ่าน Mobile Banking  
Application ทางการเงิน



2

ช่องทาง LINE

ADD LINE  
@ramafoundation  
อัปเดตข่าวสาร  
และกิจกรรม



3

เว็บไซต์

บริจาคเงินและสนับสนุน  
ของที่ระลึกการกุศล คลิ๊ก



[www.ramafoundation.or.th](http://www.ramafoundation.or.th)

บริจาคโครงการเพื่อผู้ป่วยยากไร้  
ช่วยเหลือได้มากกว่า  
แค่คำรักษา



# หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากธนาคาร “โครงการเพื่อผู้ป่วยยากไร้”

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
เรียน ผู้จัดการบมจ.ธนาคาร ..... สาขา .....  
ข้าพเจ้า .....  
เจ้าของบัญชีเงินฝากประเภท ..... ชื่อบัญชี .....  
สาขาเจ้าของบัญชี ..... เลขที่บัญชี 10 หลัก .....  
สถานที่ติดต่อเลขที่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน .....  
ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต .....  
จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทร. ....

มีความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากดังกล่าวของข้าพเจ้าเพื่อบริจาค  
ให้แก่ มูลนิธิรามาธิบดี เป็นรายเดือนตามจำนวนที่ปรากฏในใบยื่นความจำนงขอบริจาค  
หรือสื่อข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ที่ทางธนาคารได้รับจากมูลนิธิรามาธิบดี และนำเงิน  
ดังกล่าวโอนเข้าบัญชีของมูลนิธิรามาธิบดี

ในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า เพื่อบริจาคให้แก่มูลนิธิรามาธิบดี ดังกล่าว  
หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่มูลนิธิรามาธิบดี แจ้งแก่ธนาคารนั้นไม่ถูกต้องและ  
ธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีเงินฝากข้าพเจ้าตามจำนวนที่ปรากฏตามใบยื่นความจำนง  
ขอบริจาค หรือสื่อข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์เรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าตกลงจะดำเนินการเรียกร้อง  
เงินจำนวนดังกล่าวจากมูลนิธิรามาธิบดีโดยตรง โดยทั้งนี้ข้าพเจ้าขอละสิทธิในการ  
เรียกร้อง หรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดเชยเงินที่ธนาคารได้หักโอนจากบัญชีของข้าพเจ้า  
เพื่อบริจาคแก่มูลนิธิรามาธิบดี ตามจำนวนที่ปรากฏในใบยื่นความจำนงขอบริจาค หรือ  
สื่อข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ที่ธนาคารได้รับจากมูลนิธิรามาธิบดี และข้าพเจ้ายอมรับว่า  
ธนาคารจะหักเงินจากบัญชีของข้าพเจ้าได้ต่อเมื่อเงินในบัญชีมีเพียงพอในการหักบัญชีใน  
ขณะนั้นเท่านั้น และในการหักบัญชีเงินฝากดังกล่าวข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะให้ธนาคาร  
แจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการดังกล่าวได้จากสมุด  
ฝาก / STATEMENT ของธนาคาร หรือจากใบรับ / ใบเสร็จรับเงินของมูลนิธิรามาธิบดี

ในกรณีที่เกิดข้อผิดพลาด เลขที่บัญชีเงินฝากที่กล่าวไว้ในวรรคข้างต้น ได้เปลี่ยนแปลง  
ไปไม่ช้าโดยเหตุใดก็ตาม หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากธนาคารฉบับนี้จะมีผลใช้  
บังคับสำหรับบัญชีเงินฝากหมายเลขที่ได้เปลี่ยนแปลงนั้นๆ ไปด้วยทุกประการ

การให้หักบัญชีเงินฝากธนาคารดังกล่าวข้างต้น ให้มีผลบังคับทันทีนับแต่วันที่ทำหนังสือ  
นี้ และให้คงมีผลบังคับต่อไปจนกว่าจะได้ยกเลิก โดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคาร  
และมูลนิธิรามาธิบดี ทราบล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน

ขอแสดงความนับถือ  
ลงชื่อ ..... ผู้ให้ความยินยอม  
( ..... )  
(ตามที่ให้ไว้กับธนาคาร)

ธนาคารตรวจสอบแล้วถูกต้อง  
รับรองลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม บมจ.ธนาคาร ..... สาขา .....  
ลงชื่อ ..... ลงชื่อ .....  
( ..... ) ( ..... )  
มูลนิธิรามาธิบดี (ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจสาขา)  
(กรุณาส่งหนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากนี้ พร้อมแบบฟอร์มร่วมบริจาค กลับมาที่  
มูลนิธิรามาธิบดี ตู้ไปรษณีย์ 22 ปณ.สามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400)  
การบริจาคหักผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารต้องมียอดเงินบริจาคขั้นต่ำ 100 บาท



มูลนิธิรามาธิบดี

## คำว่าให้...ไม่สิ้นสุด

### สิทธิประโยชน์ในการบริจาค

บริจาค 100 บาทขึ้นไป ได้รับใบเสร็จรับเงิน สามารถนำไปลดหย่อนภาษี

ได้ตามประกาศกระทรวงการคลัง

บริจาค 5,000 บาทขึ้นไป ได้รับเกียรติบัตร

บริจาค 100,000 บาทขึ้นไป ได้รับการทำเรื่องขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์

บริจาค 200,000 บาทขึ้นไป รับบัตรส่วนลดค่ารักษาพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี

### ส่วนลดค่ารักษาพยาบาล

ประเภทผู้ป่วย	เงินบริจาค(บาท)	ผู้อุปการะ	ส่วนลด % (จำนวนปี ไม่เกิน)	รวม(บาท)
ผู้อุปการะสามัญ ประเภท 1	200,000	ผู้อุปการะ	10	10
ผู้อุปการะสามัญ ประเภท 2	500,000	ผู้อุปการะ	10	15
ผู้อุปการะสามัญ ประเภท 3	1,000,000	ผู้อุปการะ	15	20
ผู้อุปการะสามัญ ประเภท 4	3,000,000	ผู้อุปการะ	15	25
ผู้อุปการะสามัญ ประเภท 5	5,000,000	ผู้อุปการะ	20	30
ผู้อุปการะวิเทศ ประเภท 1	10,000,000	ผู้อุปการะ	20	35
ผู้อุปการะวิเทศ ประเภท 2	20,000,000	ผู้อุปการะ และคู่สมรส	25	40
ผู้อุปการะวิเทศ ประเภท 3	60,000,000	ผู้อุปการะ คู่สมรส และบุตร**	30	50

หมายเหตุ : ส่วนลดค่าบริการรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามเงื่อนไขที่มูลนิธิฯ กำหนด

\* ค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับส่วนลด หมายถึง ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าบริการโรงพยาบาลทุกประเภท ค่าการพยาบาล  
ค่ายา(ยกเว้นค่ายาเคมีบำบัดและยาเคมีบำบัดชนิดพิเศษ) ค่าเวชภัณฑ์ ค่าเวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์  
ค่าตรวจวิเคราะห์โรคทางห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจรักษาทางรังสีวิทยา ค่าหัตถการ ค่าผ่าตัด ค่าเอกซเรย์ ค่าบริการ  
วิชาชีพ ค่าบริการเวชศาสตร์ฟื้นฟู และค่าบริการตรวจรักษาอื่นๆ ที่ไม่อยู่ในรายการนี้

ค่ารักษาพยาบาลที่ผู้ป่วย (ไม่ได้รับส่วนลด) ได้แก่ ค่าพยาบาลพิเศษ ค่ายาเคมีบำบัดและยาเคมีบำบัดชนิดพิเศษ  
ค่าเคมีบำบัด ค่าเวชภัณฑ์ที่เบิกไม่ได้ตามประกาศกรมบัญชีกลาง ค่าเวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ที่เบิกไม่ได้  
ประกาศกรมบัญชีกลาง ค่ารถพยาบาลแพทย์ ค่ารถพยาบาลผู้ป่วย ค่ารถพยาบาล ค่ารถพยาบาลที่ไม่ใช่บริการ  
ในคณะฯ ค่ารักษาพยาบาลที่เบิกไม่ได้ตามประกาศกรมบัญชีกลาง

\*\* บุตร หมายถึง บุตรที่ครอบครองกฎหมายของผู้อุปการะที่มีอายุไม่เกิน 20 ปี

เพียงการให้และบอกต่อของท่าน

ก็เป็นการมอบโอกาสแก่ผู้ป่วยได้มีชีวิตใหม่อีกครั้ง

# ขอเชิญชวนร่วมบริจาคสมทบทุน “โครงการเพื่อผู้ป่วยยากไร้”

ชื่อ ..... นามสกุล ..... เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

กรุณารอกเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก เพื่อส่งข้อมูลเข้าระบบ e-Donation ให้กรมสรรพากร

เลขประจำตัวประชาชน

บ้านเลขที่ ..... หมู่ ..... ตรอก/ซอย ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

มือถือ ..... อีเมล .....

มีความประสงค์ร่วมบริจาคเงินสมทบทุน :

( ) บริจาคทุกเดือน

เดือนละ ☐ 600 บาท ☐ 1,200 บาท ☐ 2,500 บาท ☐ อื่นๆ จำนวน ..... บาท  
เป็นระยะเวลา ☐ 12 เดือน ☐ 24 เดือน ☐ ตลอดชีพ ☐ หรือ ..... เดือน (โปรดระบุ)

( ) บริจาคครั้งเดียว ☐ 600 บาท ☐ 1,500 บาท ☐ 3,000 บาท ☐ อื่นๆ จำนวน ..... บาท

กรุณาเลือกช่องทางการบริจาค :

☐ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร ชื่อบัญชี มูลนิธิรามาริบัติ

( ) ธ.กรุงเทพ เลขที่ 090-3-50015-5

( ) ธ.กรุงศรีอยุธยา เลขที่ 072-1-35991-0

( ) ธ.กสิกรไทย เลขที่ 879-2-00448-3

( ) ธ.ไทยพาณิชย์ เลขที่ 026-3-05216-3

( ) ธ.กรุงไทย เลขที่ 020-0-06583-1

( ) ธ.ทหารไทยธนชาติ เลขที่ 046-2-42103-3

และสามารถบริจาคผ่านช่องทางเครื่อง ATM และ CDM ของธนาคาร

☐ กรณีสั่งจ่ายเช็ค กรุณาส่งจ่ายในนาม มูลนิธิรามาริบัติ

☐ กรณีบริจาคโดยธนาคารใด กรุณาระบุชื่อผู้รับเป็น  
มูลนิธิรามาริบัติ ปณ.ต.สามเสนใน

☐ ผ่านบัตรเครดิต ( ) วีซ่า ( ) มาสเตอร์การ์ด

บัตรธนาคาร ..... บัตรหมดอายุ .....

หมายเลขบัตร

(เลข 16 หลักจากด้านหน้าบัตร)

ชื่อ-สกุล ผู้ถือบัตร .....

ลายมือชื่อ ผู้ถือบัตร .....

การบริจาคเงินผ่านบัตรเครดิตต้องมียอดเงินบริจาคขั้นต่ำ 200 บาท

☐ หักบัญชี ( ) ธ.ไทยพาณิชย์ ( ) ธ.กรุงเทพ ( ) ธ.กสิกรไทย ( ) ธ.กรุงไทย  
(โปรดกรอกหนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากธนาคาร)

หมายเลขบัญชี ..... ชื่อบัญชี .....

เป็นจำนวน ..... บาท ทุกวันที่ ..... ของทุกเดือน

เริ่มต้นเดือน ..... พ.ศ. .... สิ้นสุดเดือน ..... พ.ศ. ....

ช่องทางการส่งหลักฐานการบริจาค

กรุณาส่งแบบฟอร์มรับบริจาคฉบับนี้และหลักฐานการบริจาคกลับมายังมูลนิธิรามาริบัติ

โทร 0 2201 1481 หรือ อีเมล info@ramafoundation.or.th

หรือ Line : @ramafoundation

