

ที่ ศล. 23777 /2565



โรงพยาบาลรัฐประเทศ
เลขรับที่ 5125
วันที่ 23 ก.ย. 65
เวลา 11:45

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

1871 ถนนอังรีดูนังต์ แขวงปทุมวัน

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

20 กันยายน 2565

เรื่อง ขอส่งใบแจ้งหนี้ค่าผลิตภัณฑ์ต่างๆ ประจำเดือนสิงหาคม 2565

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบแจ้งหนี้ประจำเดือนสิงหาคม 2565 เลขที่ 651315/00049 จำนวน 1 ฉบับ

ด้วยในระหว่างเดือนสิงหาคม 2565 โรงพยาบาลได้เบิกผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ไปนั้น ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ขอแจ้งราคาค่าผลิตภัณฑ์ต่างๆ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 5,590 บาท (ห้าพันห้าร้อยเก้าสิบบาทถ้วน) ตามใบแจ้งหนี้ที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และกรุณาชำระเงินจำนวนดังกล่าวเป็น เช็คธนาคาร ตัวแลกเงินธนาคาร แคชเชียร์เช็คธนาคาร ทุกสาขาภายในประเทศ ส่งจ่ายในนามสภากาชาดไทย โดยส่งตรงให้ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ทุกครั้ง หรือสามารถโอนเงินผ่านระบบ GFMS พร้อมส่งรายงานการเบิกจ่ายเงินทางโทรสาร หรือ E-Mail ได้ที่ DebtCC.NBC@redcross.or.th สำหรับค่าธรรมเนียมต่าง ๆ โรงพยาบาลจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ (กรุณาชำระเงินภายใน 30 วัน นับจากวันที่ได้รับใบแจ้งหนี้)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

ขอแสดงความนับถือ

- ☒ เพื่อไปตรวจ
- ☒ เพื่อไปรับยา
- ☒ เห็นความชอบ..... LAB
- ☐ อื่นๆ

นางสาว ฐิติ

(นางสาวภาวิณี คุปตวินทุ)

รองผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

ปฏิบัติการแทนผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

สภากาชาดไทย

ฝ่ายการเงิน

โทรศัพท์ 0-2263-9600-99 ต่อ 1109

โทรสาร 0-2251-3077

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

23 ก.ย. 2565



สภาาชาดไทย
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 651315/00049

แผ่นที่ 1

เรียง (CUSTOMER NAME) ที่อยู่ (ADDRESS)	ผู้อำนวยการ อรุณประเทศ รพ. เลขที่ 4 ถ.มหาดไทย อ.อรุณประเทศ จ.สระแก้ว 27120	ประจำเดือน (MONTH)	สิงหาคม 2565
		วันที่ (DATE)	09/09/2565
		กำหนดชำระเงิน (PAYMENT TERM)	30 วัน
		วันครบกำหนดชำระ (DUE DATE)	09/10/2565

ลำดับที่ ITEM NO.	รายการ DESCRIPTION	จำนวน QUANTITY	ราคาต่อหน่วย UNIT PRICE	จำนวนเงิน (บาท) AMOUNT (Baht)
1	Anti-A (Murine MoAb) 10 mL	10	80.00	800.00
2	Anti-B (Murine MoAb) 10 mL	10	80.00	800.00
3	ANTI-AB (Murine MoAb) 10 mL	10	80.00	800.00
4	ANTI-D (IgM/IgG)(Human MoAb) 10 mL	10	200.00	2,000.00
5	3% A cells,B cells(ABO reverse grouping) 10 mL	4	60.00	240.00
6	3% O1 Cells,02 Cells(Antibody Screening) 10 mL	5	70.00	350.00
7	3% Panel Cells (O1-O11) (Antibody Identification) 10	1	400.00	400.00
8	3% Coombs Control Cells(For Antiglobulin test) 10 mL	1	100.00	100.00
9	3% Rh Negative Cells (Control Cells for Rh typing)	1	100.00	100.00
รายการส่วนลด		รวมเงิน (SUB TOTAL)		5,590.00
		หักส่วนลด (DISCOUNT)		
		จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (GRAND TOTAL)		5,590.00
จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (ห้าพันห้าร้อยเก้าสิบบาทถ้วน)		ผู้อนุมัติในนามศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย APPROVED BY (นางสาวกวีณี คุปต์วินทุ)		
หมายเหตุ :- โปรดส่งจ่ายเช็คธนาคาร, ตัวแลกเงินธนาคาร หรือธนาคารที่สั่งจ่าย ปณ. จุฬาลงกรณ์ 10332 ในนาม ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ทั้งนี้ค่าธรรมเนียมหน่วยงานจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ		รองผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ผู้อำนวยการลงนาม AUTHORIZED SIGNATURE		