



สภากาชาดไทย
The Thai Red Cross Society

ที่ ศล. 26416 /2565



ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย
1871 ถนนอังรีดูนังต์ แขวงปทุมวัน
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

20 ตุลาคม 2565

เรื่อง ขอส่งใบแจ้งหนี้ค่าบริการตรวจคัดกรองโลหิต ประจำเดือนกันยายน 2565

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบแจ้งหนี้ประจำเดือนกันยายน 2565 เลขที่ 651351/00039 จำนวน 1 ฉบับ

ด้วยในระหว่างเดือนกันยายน 2565 โรงพยาบาลได้ส่งตรวจตัวอย่างโลหิต ที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ไปนั้น ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ขอแจ้งราคาค่าบริการตรวจคัดกรองโลหิต รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 69,500 บาท (หกหมื่นเก้าพันห้าร้อยบาทถ้วน) ตามใบแจ้งหนี้ที่แนบ

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

ขอแสดงความนับถือ

นรณี คุปตวินทุ

(นางสาวภาวิณี คุปตวินทุ)

รองผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

ปฏิบัติการแทนผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

สภากาชาดไทย

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

27 ต.ค. 2565

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
☒ เพื่อโปรดพิจารณา
☒ เห็นควรมอบ LAB
☐ อื่นๆ

26 ต.ค. 65

นายอริส

ฝ่ายการเงิน

โทรศัพท์ 0-2263-9600-99 ต่อ 1109

โทรสาร 0-2251-3077



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

สภากาชาดไทย
The Thai Red Cross Society

ใบแจ้งหนี้ (INVOICE) เลขที่ 651351/00039

แผ่นที่ 1

เรียน (CUSTOMER NAME) ผู้อำนวยการ		ประจำเดือน (MONTH) กันยายน 2565		
ที่อยู่ (ADDRESS) อรัญประเทศ รพ.		วันที่ (DATE) 08/10/2565		
เลขที่ 4 ถ.มหาศไทย 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	ค่าตรวจคัดกรองโลหิตตามมาตรฐาน	125	310.00	38,750.00
2	ค่าตรวจคัดกรองโลหิตด้วยวิธี NAT(HIV/HCV/ HBV	123	250.00	30,750.00
รายการส่วนลด		รวมเงิน (SUB TOTAL)		69,500.00
		หักส่วนลด (DISCOUNT)		
		จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (GRAND TOTAL)		69,500.00
จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (หกหมื่นเก้าพันห้าร้อยบาทถ้วน)		ผู้อนุมัติในนามศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย APPROVED BY นางสาวกวิณี คุปตวินทุ (นางสาวกวิณี คุปตวินทุ)		
หมายเหตุ :- โปรดส่งจ่ายเช็คธนาคาร, ตัวแลกเงินธนาคาร หรือธนาคัดสั่งจ่าย ปณ. จุฬาลงกรณ์ 10332 ในนาม ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ทั้งนี้ค่าธรรมเนียมหน่วยงานจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ		รองผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ผู้มีอำนาจลงนาม AUTHORIZED SIGNATURE		