



สภากาชาดไทย
The Thai Red Cross Society

โรงพยาบาลอรัญประเทศ
เลขรับที่ 5124
วันที่ 23 ก.ย. 65
เวลา 11:44

ที่ ศล. 23568 /2565

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

1871 ถนนอังรีดูนังต์ แขวงปทุมวัน

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

20 กันยายน 2565

เรื่อง ขอส่งใบแจ้งหนี้ค่าบริการตรวจคัดกรองโลหิต ประจำเดือนสิงหาคม 2565

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบแจ้งหนี้ประจำเดือนสิงหาคม 2565 เลขที่ 651331/00086 จำนวน 1 ฉบับ

ด้วยในระหว่างเดือนสิงหาคม 2565 โรงพยาบาลได้ส่งตรวจตัวอย่างโลหิต ที่ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ไปนั้น ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ขอแจ้งราคาค่าบริการตรวจคัดกรองโลหิต รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 82,560 บาท (แปดหมื่นสองพันห้าร้อยหกสิบบาทถ้วน) ตามใบแจ้งหนี้ที่แนบ

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

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

ขอแสดงความนับถือ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
☒ เพื่อแจ้งความ
☒ เห็นความชอบ LAB
☐ อื่นๆ

นรศ. จุ

(นางสาวภาวิณี คุปตวินทุ)

รองผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

ปฏิบัติการแทนผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

สภากาชาดไทย

ฝ่ายการเงิน

โทรศัพท์ 0-2263-9600-99 ต่อ 1109

โทรสาร 0-2251-3077

(นายราเชษฎ์ เขิงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

23 ก.ย. 2565



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

แผ่นที่ 1

~~สิงหาคม 2565~~

รายนาม (CUSTOMER NAME)

อรรถประโยชน์ เศรษฐ. รพ.

ที่อยู่ (ADDRESS)

เลขที่ 4 ถ.มหาศไทย อ.อรัญประเทศ

จ.สระแก้ว 27120

ประจำเดือน (MONTH)

08/09/2565

วันที่ (DATE)

30

กำหนดชำระเงิน (PAYMENT TERM)

วัน

วันครบกำหนดชำระ (DUE DATE)

08/10/2565

ลำดับที่ ITEM NO.	รายละเอียด DETAILS	ราคาต่อหน่วย UNIT PRICE	รวม TOTAL
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

รายการ
DESCRIPTION

จำนวน
QUANTITY

ราคาต่อหน่วย
UNIT PRICE

จำนวนเงิน (บาท)
AMOUNT (Baht)

1	ค่าตรวจคัดกรองโลหิตตามมาตรฐาน
2	ค่าตรวจคัดกรองโลหิตด้วยวิธี NAT(HIV/HCV/ HBV

151	310.00	46,810.00
143	250.00	35,750.00

รายการส่วนลด

รวมเงิน (SUB TOTAL)

82,560.00

หักส่วนลด (DISCOUNT)

ผู้อนุมัติในนามศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

APPROVED BY _____

APPROVED BY
 ॐ श्री गुरुभ्यो नमः

(นางสาวภาวิณี คุปต์วิมล)

รองผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

๗๘. **ผู้นำาจองนาม**

AUTHORIZED SIGNATURE

จำนวนเงิน (ตัวอักษร)

(แปดหมื่นสองพันห้าร้อยหกสิบบาทถ้วน)

หมายเหตุ :- โปรดส่งจ่ายเช็คธนาคาร, ตัวแลกเงินธนาคาร หรือธนาคาติดังจ่าย ปณ. จพาลงกรณ์ 10332

ในนาม ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ทั้งนี้ค่าธรรมเนียมหน่วยงานจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ