



สภากาชาดไทย
The Thai Red Cross Society

โรงพยาบาลของรัฐ
เลขที่ 5800
วันที่ 26 ต.ค. 65
เวลา 10.59 น.

ที่ ศล. 26328 /2565

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย

1871 ถนนอังรีดูนังต์ แขวงปทุมวัน

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

10 ตุลาคม 2565

เรื่อง ขอส่งใบแจ้งหนี้ค่าผลิตภัณฑ์ต่างๆ ประจำเดือนกันยายน 2565

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบแจ้งหนี้ประจำเดือนกันยายน 2565 เลขที่ 661335/00034 จำนวน 1 ฉบับ

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

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

ขอแสดงความนับถือ

มรณิณ

(นางสาวภาวิณี คุปตวินทุ)

รองผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

ปฏิบัติการแทนผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ

สภากาชาดไทย

นางสาวภาวิณี คุปตวินทุ

นายราเชษฎ์ เจริญพนม

(นายราเชษฎ์ เจริญพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

27 ต.ค. 2565

ใน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

- ☒ เพื่อไปสหราชอาณาจักร
- ☒ เพื่อไปสหรัฐอเมริกา
- ☒ เห็นความชอบ LAG
- ☐ อื่นๆ

26 ต.ค. 65

นายราเชษฎ์

ฝ่ายการเงิน

โทรศัพท์ 0-2263-9600-99 ต่อ 1109

โทรสาร 0-2251-3077



ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย
National Blood Centre Thai Red Cross Society

สภากาชาดไทย
The 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 661335/00034 แผ่นที่ 1

เรียน (CUSTOMER NAME) ผู้อำนวยการ ที่อยู่ (ADDRESS) อรรถประเทศ รพ. เลขที่ 4 ถ.มหาไถไทย อ.อรรถประเทศ จ.สระแก้ว 27120		ประจำเดือน (MONTH) กันยายน 2565 วันที่ (DATE) 09/10/2565 กำหนดชำระเงิน (PAYMENT TERM) 30 วัน วันครบกำหนดชำระ (DUE DATE) 08/11/2565		
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 คุปต์กิตฺติ) รองผู้อำนวยการศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ผู้มีอำนาจลงนาม AUTHORIZED SIGNATURE		
หมายเหตุ :- โปรดส่งจ่ายเช็คธนาคาร, ตัวแลกเงินธนาคาร หรือธนาคารดีสั่งจ่าย ปณ. จุฬาลงกรณ์ 10332 ในนาม ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ทั้งนี้ค่าธรรมเนียมหน่วยงานจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ				