



ใบแสดงความจำนงบริจาคสิ่งของ (เครื่องมือแพทย์)
เพื่อโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

วันที่ เดือน พ.ศ.

นามผู้บริจาค นาย/นาง/นางสาว
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์

มีความประสงค์บริจาค ☐ พัสตุใหม่ ☐ พัสตุใช้แล้ว จำนวน รายการ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท ดังนี้

๑. จำนวน หน่วยนับ

ราคา/หน่วย บาท รวมเป็นเงิน บาท ยี่ห้อ

รุ่น/Model สี หมายเลขเครื่อง/Serial number

เอกสารแนบ ☐ ใบเสร็จรับเงิน/ใบส่งของ ☐ รายละเอียดคุณลักษณะ เช่น แคตตาล็อก รูปภาพ ☐ ใบรับประกันเวชภัณฑ์ที่ใช้ร่วมกัน ☐ ไม่มี☐ มี จำนวน.....รายการ รายละเอียดตามเอกสารแนบค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษา ☐ ไม่มี☐ มี จำนวน.....บาท รายละเอียดตามเอกสารแนบ

มอบให้โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโปรดส่งหนังสือตอบขอบคุณไปที่

☐ ชื่อที่อยู่ระดับข้างต้น ☐ ชื่อที่อยู่ด้านล่างนี้

ชื่อ บ้านเลขที่ หมู่ที่.....

ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

(ลงชื่อ) ผู้บริจาค
(.....)

(สำหรับหน่วยงาน)

เรียน หัวหน้างานทะเบียนและคลังพัสดุ

(ชื่อหน่วยงาน) ได้รับสิ่งของที่บริจาดดังกล่าวเพื่อรออนุมัติ

ขึ้นทะเบียนเป็นทรัพย์สินของโรงพยาบาลแล้ว สถานที่ใช้งาน ห้อง..... ชั้น..... อาคาร

โดยขอเสนอรายชื่อคณะกรรมการตรวจรับพัสดุที่ได้รับบริจาค ดังนี้

๑. ประธานคณะกรรมการตรวจรับ

๒. กรรมการ

๓. กรรมการและเลขานุการ

หมายเหตุ : พัสตุราคาไม่เกิน 100,000 บาท แต่งตั้งกรรมการตรวจรับพัสดุ 1 คน พัสตุราคาตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจรับพัสดุ 3 คน

(ลงชื่อ) ผู้รับของ
(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ : กรณีรับของไม่ใช่หัวหน้างานให้หัวหน้างาน/หัวหน้าฝ่ายลงนามรับรองผู้รับของ

แบบฟอร์มแสดงความจำนง
บริจาคสิ่งของแบบฟอร์มแสดงความจำนง
บริจาคสิ่งของ (เครื่องมือแพทย์)(ลงชื่อ) ผู้อำนวยการฝ่าย/หัวหน้าสาขา
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่)

แบบรายงานผลการตรวจรับพัสดุที่มีผู้บริจาคให้โรงพยาบาล
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

เลขที่

หน่วยงาน.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง รายงานผลการตรวจรับพัสดุที่มีผู้บริจาคให้โรงพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ผ่านหัวหน้างานทะเบียนและคลังพัสดุ)

ตามที่ (ชื่อผู้บริจาค).....มีความประสงค์จะบริจาคพัสดุ
จำนวนรายการ โดยมีรายละเอียด ตามใบแสดงความจำนงบริจาคสิ่งของเพื่อโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
เลขที่.....ลงวันที่ และผู้อำนวยการโรงพยาบาล ได้แต่งตั้งให้ข้าพเจ้าผู้มีรายชื่อทำยนี้
เป็นคณะกรรมการตรวจรับพัสดุที่ได้รับบริจาค ตามเอกสารการขออนุมัติรับบริจาคพัสดุ งานทะเบียนและคลังพัสดุ เลขที่.....
ลงวันที่ซึ่งคณะกรรมการได้ตรวจรับพัสดุที่มีผู้บริจาคให้โรงพยาบาลแล้ว เมื่อวันที่

ผลปรากฏว่า ๑. สภาพของพัสดุ ☐ เป็นพัสดุใหม่ ☐ เป็นพัสดุใช้แล้ว
๒. จำนวน/ปริมาณ ☐ ถูกต้อง ครบถ้วน ☐ ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน (ระบุ)

๓. การใช้งาน ☐ สามารถใช้งานได้ดี ☐ ไม่สามารถใช้งานได้/หมดอายุการใช้งาน

ความเห็นของคณะกรรมการตรวจรับพัสดุที่ได้รับบริจาค

- ☐ เห็นควรรับบริจาคไว้และขึ้นทะเบียนเป็นทรัพย์สินของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
☐ เห็นควรรับบริจาคไว้เพื่อใช้สำหรับการสงเคราะห์ผู้ป่วยมีรายได้น้อยและเพื่อให้บริการสังคม
☐ ไม่ควรรับบริจาค เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

๑.ประธานคณะกรรมการตรวจรับ
(.....)
๒. กรรมการ
(.....)
๓.กรรมการและเลขานุการ
(.....)

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

(ลงชื่อ)

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ดิลก กิโยทัย)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

...../...../.....

หมายเหตุ : วันที่ตรวจรับพัสดุนับโดยเจ้าหน้าที่ทะเบียนรับบริจาค

หมายเหตุ : ปรับปรุงครั้งที่ ๑ ณ วันที่ ๑ กันยายน ๒๕๖๗