

แบบฟอร์มการบริจาคสนับสนุนมูลนิธิสร้างรอยยิ้มเพื่อช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะบริจาคเงินช่วยเหลือเด็กที่มีภาวะปากแหว่งเพดานโหว่

☐ ต่อเนื่องทุกเดือน จำนวนเดือนละ ☐ 2,000 บาท ☐ 1,000 บาท ☐ 500 บาท ☐ หรือ.....บาท

☐ ครั้งเดียว จำนวน ☐ 5,000 บาท ☐ 3,000 บาท ☐ 2,000 บาท ☐ 1,000 บาท ☐ 500 บาท หรือบาท

* โดยจะกำหนดตัดบัตรเครดิตทุกวันที่ 5 ของเดือน

☐ ตัดเงินจากบัตรเครดิตของข้าพเจ้า (ขั้นต่ำ 300 บาท ตัดเงินบริจาคจากบัตรเครดิต ทุกวันที่ 5 ของเดือน)

☐ วีซ่า

☐ มาสเตอร์การ์ด

หมายเลขบัตร

ชื่อ/นามสกุลผู้ถือบัตร (อังกฤษ)

บัตรหมดอายุ/..... ลายเซ็น

☐ เช็ค หรือ แคชเชียร์เช็ค ส่งจ่ายมูลนิธิสร้างรอยยิ้ม

เช็คธนาคาร.....หมายเลขเช็ค.....

กรณารอรายละเอียดด้านล่างนี้

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....

กรณาระบุชื่อ-นามสกุลภาษาอังกฤษ (Mr./Mrs./Ms.).....

ที่อยู่เลขที่.....อาคาร.....ซอย..... ถนน.....

แขวง.....เขต..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์มือถือ.....วันเดือนปีเกิด...../...../.....

อีเมล.....

หากต้องการใบเสร็จรับกอนส่งหลักฐานการโอนเงิน พร้อมชื่อ-นามสกุล และ ที่อยู่มาที่ อีเมล

Thailand@operationsmile.org หรือ Line Official Account: @OperationSmileTH

*เงินบริจาคสามารถนำไปลดหย่อนภาษีได้

