

**ใบสั่งจองเสื้อคอโปโลสีเหลือง**  
**เนื่องในโอกาสครบรอบ 50 ปี หน่วยทันตกรรมพระราชทาน ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว**

วันที่ .....

นามผู้สั่งจอง..... หน่วยงาน .....

ที่อยู่ .....

โทรศัพท์ ..... E-mail .....

รายการ	ราคา	ขนาด	รอบอก (นิ้ว)	จำนวน (ตัว)	จำนวนเงิน
เสื้อคอโปโลสีเหลือง	350	(SS)	36"		
		(S)	38"		
		(M)	40"		
		(L)	42"		
		(XL)	44"		
		(XXL)	46"		
<b>รวม</b>					

- การรับเสื้อ  รับเสื้อฯ ที่มูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ และชำระเป็นเงินสด  
 รับเสื้อฯ ที่มูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ และชำระด้วยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร  
 รับเสื้อฯ ด้วยการให้จัดส่งทางไปรษณีย์ (ผู้สั่งจองเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย) และชำระด้วยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร

จำนวนเสื้อ	ค่าจัดส่งตัวละ 20 บาท	รวมค่าจัดส่ง (จำนวนเสื้อ x 20 บาท)

- ชำระเงินด้วยการโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร ไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา สยามสแควร์  
 ชื่อบัญชี มูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ บัญชีเลขที่ 038-455114-7
- ยืนยันหลักฐานการโอนเงินพร้อมใบจอง ได้ 3 ช่องทาง ได้แก่  
 - ทาง Line ID : @dent\_in\_found  
 - ทาง E-mail : kdif.dental@gmail.com  
 - ทาง Fax : 02-318-2822

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ 02-3182351-5 Line ID : @dent\_in\_found

**การขอรับใบเสร็จรับเงิน**

- ข้าพเจ้าไม่ประสงค์ขอรับใบเสร็จรับเงิน  
 ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอรับใบเสร็จรับเงิน กรุณากรอกข้อมูลดังนี้

• ข้อมูลผู้ขอรับใบเสร็จรับเงิน

ชื่อ-นามสกุล (  ตามข้อมูลการจอง)..... เบอร์โทร .....

ที่อยู่..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

• ที่อยู่การจัดส่งใบเสร็จรับเงิน (  ตามข้อมูลการจอง  ตามข้อมูลผู้ขอรับใบเสร็จรับเงิน )

ที่อยู่..... แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....