

กองทุนสงฆ์อาพาธโรงพยาบาลฝาง

(โครงการ แวนสายตาพระสงฆ์โรงพยาบาลฝาง)

เขียนที่. โรงพยาบาลฝาง

วันที่. 19 เดือน. 3-3 พ.ศ. ...2556...

ข้าพเจ้า. นพ. หทัย ปัญญาดีลัก ตำแหน่ง. จักษุแพทย์

ขอส่งตัว.(พระ) พระสมณภูวนเขต ภาณีพร อายุ. ปี สัญชาติ.....ไทย.....

เลขที่โรงพยาบาล ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ (วัด)..... วัดศรีบุญเรือง

ตำบล. อำเภอ. จังหวัด. เบอร์โทรศัพท์.....

จึงขอส่งหนังสือเพื่อเข้ารับการตัดแว่นสายตา ค่าใช้จ่ายทางโรงพยาบาลฝาง (กองทุนสงฆ์อาพาธ)

จะเป็นผู้ชำระ

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ส่ง

(นายแพทย์หทัย ปัญญาดีลัก)

ข้อตกลง

1. ให้ตัดเฉพาะแว่นสายตา สั้น ยาว เอียงเท่านั้น จำนวน 1 อัน /ท่าน
2. แว่นกันแดดหรืออุปกรณ์เสริม เช่น สายคล้อง คลิป กันแดด ไม่รวมในโครงการฯ
3. ราคาไม่เกิน 800 - 1000 บาทต่ออัน /ท่าน หากมีส่วนเกินให้ผู้เข้าร่วมโครงการฯ เป็นผู้ชำระเอง