

กองทุนสงฆ์อาพาธโรงพยาบาลฝาง

(โครงการ แวนสายตาพระสงฆ์โรงพยาบาลฝาง)

เขียนที่. โรงพยาบาลฝาง

วันที่. 12 เดือน. 3-3 พ.ศ. 2556...

ข้าพเจ้า. นพ. หทัย ปัญญาติก ตำแหน่ง. จักษุแพทย์

ขอสงฆ์.(พระ)  อายุ. ปี สัญชาติ.....ไทย.....

เลขที่โรงพยาบาล ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ (วัด)..... 

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

จึงขอสงฆ์หนังสือเพื่อเข้ารับการตัดแว่นสายตา ค่าใช้จ่ายทางโรงพยาบาลฝาง (กองทุนสงฆ์อาพาธ)

จะเป็นผู้ชำระ

ลงชื่อ.....  แพทย์ผู้ส่ง

(นายแพทย์หทัย ปัญญาติก)

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