

# กองทุนสงฆ์อาพาธโรงพยาบาลฝาง

(โครงการ แวนสายตาพระสงฆ์โรงพยาบาลฝาง)

เขียนที่.....โรงพยาบาลฝาง

วันที่..... 17 เดือน..... ๕-๕..... พ.ศ. ...2556....

ข้าพเจ้า..... นพ. หทัย ปัญญาติติก..... ตำแหน่ง..... จักษุแพทย์

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

เลขที่โรงพยาบาล..... ที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ (วัด)..... อัมรินทร์กนก.....

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

จึงขอสงฆ์หนังสือเพื่อเข้ารับการตัดแว่นสายตา ค่าใช้จ่ายทางโรงพยาบาลฝาง (กองทุนสงฆ์อาพาธ)

จะเป็นผู้ชำระ

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ส่ง  
( นายแพทย์หทัย ปัญญาติติก )

## 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